

Datos del afiliadoPara ser presentada ante Conste que Tipo y número de documento DNI LE LC Localidad Domicilio

Acredita afiliación a esta Institución en carácter de afiliado en la calidad expresada, se autoriza al mismo a solicitar servicios asistenciales en condición de:

Afiliado extraña jurisdicción Afiliado en transito Afiliado derivado Comisión de servicio Afiliado estudiante Afiliado limitrofe **Datos a completar**Nombre y Apellido DNI LE LC Nombre y Apellido DNI LE LC Nombre y Apellido DNI LE LC Nombre y Apellido DNI LE LC

Bajo las siguientes condiciones:

Conforme está previsto por el régimen vigente según convenio de reciprocidad firmado entre ambas entidades, el portador de la presente ha sido notificado de su responsabilidad que, salvo en los casos de urgencia para demandar servicios, debe concurrir previamente a la sede de la Obra Social citada, con domicilio en:

Se extiende la presente en:

Valido a partir de hasta Fecha -----
Firma del afiliado-----
Firma y sello de autoridad competente