



CÍRCULO ODONTOLÓGICO  
SAN RAFAEL  
Asociado a la Confederación Odontológica de la República Argentina



Círculo Odontológico del Este



## **CARTA ADHESIÓN DE PRESTADORES PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS FOM EN CONTEXTO DE PANDEMIA (COVID 19)**

### **Datos del Prestador:**

<b><u>DATOS PERSONALES</u></b>	
Apellido y Nombre:	
Matrícula Provincial:	Registro Nacional de Prestadores N°:
Vencimiento:	Vencimiento:
Seguro de Praxis:	Vencimiento: ...../...../.....
Especialidad (Adjuntar certificado del Consejo Deontológico):	
Domicilio Particular:	
Localidad:	Departamento:
Teléfono:	Celular:
E-mail:	
<b><u>CONSULTORIO 1</u></b>	<b><u>Nombre de la Clínica:</u></b>
Calle:	
Localidad:	Departamento:
Teléfono:	Posee soporte informático:    Sí    No Cuál:
<b><u>CONSULTORIO 1</u></b>	<b><u>Nombre de la Clínica:</u></b>
Calle	
Localidad	Departamento
Teléfono:	Posee soporte informático:    Sí    No Cuál:

Fecha: ...../...../.....

.....

Firma y Sello

**Obligatorio adjuntar:** Póliza del Seguro de Praxis con el comprobante de pago (en caso de no adherir al convenio de Sancor Seguros).



CÍRCULO ODONTOLÓGICO  
SAN RAFAEL  
Asociado a la Confederación Odontológica de la República Argentina



CÍRCULO ODONTOLÓGICO  
DE MENDOZA



Círculo Odontológico del Este



## Listado de Obras Sociales y Prepagas

(Marcar con una cruz el convenio que desea adherir)

- |   |                          |                              |                          |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| • AMÉRICA SERVICIOS                     | <input type="checkbox"/> | • OSPE                       | <input type="checkbox"/> |
| • APM                                   | <input type="checkbox"/> | • OSSEG (Odontología Gral.)  | <input type="checkbox"/> |
| • CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA       | <input type="checkbox"/> | • PREVENCIÓN SALUD           | <input type="checkbox"/> |
| • GALENO                                | <input type="checkbox"/> | • POLICÍA FEDERAL            | <input type="checkbox"/> |
| • WILLIAM HOPE                          | <input type="checkbox"/> | • SADAIC                     | <input type="checkbox"/> |
| • JERÁRQUICOS SALUD (Odontología Gral.) | <input type="checkbox"/> | • SANCOR SALUD               | <input type="checkbox"/> |
| • MEDICUS                               | <input type="checkbox"/> | • SANCOR SALUD PLAN C        | <input type="checkbox"/> |
| • OSEP <sup>1</sup>                     | <input type="checkbox"/> | • SWISS MEDICAL/ DOCTHOS     | <input type="checkbox"/> |
| • OSMATA                                | <input type="checkbox"/> | • SWISS MEDICAL DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | • UNIMED                     | <input type="checkbox"/> |

Mediante la presente firma, acepto ser prestador de las siguientes Obras Sociales y Prepagas, respetando sin excepción la totalidad de las Normas de Trabajo y aranceles durante este periodo de pandemia Covid 19

Fecha: ...../...../.....

.....

Firma y Sello

**Nota aclaratoria:** Este formulario tiene carácter de Declaración Jurada, quedando sujeto a lo dispuesto en el art. 12 inc. n y art. 55 del Estatuto del Círculo Odontológico de Mendoza y a las normativas de Federación.

<sup>1</sup> La adhesión a OSEP queda efectiva mediante la firma del formulario 087 de la Obra Social.