



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:

<u>DATOS PERSONALES</u>	
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:	
<u>CONSULTORIO 1</u>	<u>Nombre de la Clínica:</u>
Calle:	
Localidad:	Departamento:
Teléfono:	Posee soporte informático: Sí No Cuál:
<u>CONSULTORIO 1</u>	<u>Nombre de la Clínica:</u>
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"/> | • OSSEG (Odontología Gral.) | <input type="checkbox"/> |
| • APM | <input type="checkbox"/> | • PREVENCIÓN SALUD | <input type="checkbox"/> |
| • CONFERENCIA ESPISCOPAL ARGENTINA | <input type="checkbox"/> | • POLICÍA FEDERAL | <input type="checkbox"/> |
| • GALENO | <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 ¹ | <input type="checkbox"/> | • SWISS MEDICAL/ DOCTHOS | <input type="checkbox"/> |
| • OSPE | <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 vigentes durante este periodo de pandemia Covid 19.²

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.

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

² En caso de desafiliación como prestador de los presentes convenios, deberá informarlo con 30 (treinta) días de anticipación.