

Datos Personales

Registro y / o Actualización de datos

Apellido y Nombre:		Mat. provincial:	Fecha:
Email:		Teléfono de contacto:	
Domicilio real:		Localidad:	
Departamento:		DNI:	

Seguro contratado

Aseguradora: SANCOR SEGUROS	Vigencia: desde 02/11/2023 hasta:01/11/2024	Monto asegurado: \$8.000.000
-----------------------------	---	------------------------------

Especialidad:	Fecha de emisión:
Subespecialidad:	Fecha de emisión:

Institución / consultorio:			
Calle:			N°
Localidad	Departamento		Teléfono
Consultas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Institución / consultorio:			
Calle			N°
Localidad	Departamento		Teléfono
Consultas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Registro y / o Actualización de datos

Institución / consultorio			
Calle			N°
Localidad	Departamento		Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Institución / consultorio			
Calle			N°
Localidad	Departamento		Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Este formulario tiene carácter de declaración jurada

Los profesionales se comprometen a respetar y cobrar los coseguros establecidos en el convenio firmado con OSEP, bajo apercibimiento de recibir las sanciones establecidas en el mencionado convenio, que van de multas en la facturación, suspensión temporaria y/o exclusión definitiva del listado de prestadores de OSEP.



Dra. María Cecilia Sibantos
Presidente
FOM

Firma y aclaración del receptor

Firma y sello del profesional