

**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	hasta:	Monto asegurado:
-----------------------------	-----------------	--------	------------------

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

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"/>				
Horario de tarde	<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"/>				
Horario de tarde	<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"/>				
Horario de tarde	<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"/>				
Horario de tarde	<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