

LA PRESENTE REVISTE EL CARACTER DE DECLARACION JURADA, ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD QUE ELLO IMPLICA.

		Obra Social Del Personal De Farmacia	PERÍODO DE PRESTACIÓN:
FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DNI/Nº de afiliado	FIRMA DE AFILIADO

Por medio de la presente (nombre del Prestador).....de
Profesión.....Matricula N°.....

Declaro bajo juramento que en los términos de las Resoluciones 282/20 y 308/20 de la
Superintendencia de Servicios de Salud, he brindado efectivamente prestaciones por tele
asistencia/presencial en la
especialidad de A: (Nombre del Afiliado)
.....DNI.....

Firma y sello del Prestador.....