COLEGIO DE MEDICOS DE LA
PROV. DE SANTA FE, 2da. Circ.
DEPARTAMENTO DE FISCALIZACION
Y AUDITORIA DE LA ASISTENCIA
MEDICA POR ABONO
España 1715 - ROSARIO
Tel.:4822905 -4823479
****

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE ENTIDADES DE PRESTACION DE ASISTENCIA MEDICA POR EL SISTEMA DE ABONO O PRE-PAGO

Rosario, ...

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MEDICOS
DE LA PROV. DE SANTA FE - 2DA. CIRC.
.....
S / D

De mi/nuestra consideración:

Me/nos dirijo/dirijimos a Ud. a fin de solicitar la inscripción en ese Departamento de Fiscalización y Auditoría de la Asistencia Médica Por Abono o Pre-Pago, de .....
sita en ....., como entidad de prestación de asistencia médica por el sistema de abono o pre-pago.

A esos efectos se adjunto:

1-Nombre del/los médico/s director/es: .....
……..
2-Copia del Contrato Social:
3-Convenios con institutos y/o profesionales:
4-Nómina de profesionales con especialidad, lugar, días y horarios de atención.
5-Estatuto o Reglamento de derechos y obligaciones de los abonados.
6-Planes con tiempos de carencia y valor de cuotas y/o tickets.
7-Copia de la Resolución de habilitación establecida por la ley 9847 (modif. por 10169).

Declaro que toda modificación que se introduzca posteriormente en la documentación presentada, será comunicada al Dto. de Abonos del Colegio de Médicos.

OBSERVACIONES.....
.....

FIRMAS:

(DEBEN FIRMAR TAMBIEN LOS MEDICOS DIRECTORES):