

Buenos Aires ... ..... de 2019

Sr. Superintendente de Servicios de Salud  
Dr. Sebastian Neuspiller.  
S/D

De mi mayor consideración:

El Sr/a \_\_\_\_\_ como responsable agente del Seguro de Salud, me dirijo a Ud. a los fines de considerar dar el alta al programa Compra Consolidada Profilaxis Hemofilia A al afiliado que se detalla a continuación:

Nombre y Apellido:

Nº de afiliado:

Fecha de alta a la O Social:

Fecha de inicio del tratamiento:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

C.U.I.L.:

Sexo:

Peso : ( expresados en Kg)

Domicilio:

Localidad:

T.E de contacto:

Correo electrónico:

Casilla de Correo electrónico de la O.Social : ( donde se reciba notificaciones de Comisión de Hemofilia ).

***Los datos enunciados precedentemente son ciertos y conllevan el carácter de Declaración Jurada, quedando expresamente notificado que su falseamiento será pasible de acciones administrativas y penales que correspondan***

.....  
Firma del presidente o apoderado de la Obra Social  
(Certificada por Escribano Público)