



**SUBROGACIÓN A FAVOR DE LA OBRA SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE
LA PROVINCIA DE SANTA FE O.S.P.A.C.-**

Quien suscribe,, DNI N°, afiliada N° a la Obra Social para los Profesionales del Arte de Curar de la provincia de Santa Fe (OSPAC), con domicilio en calle de la ciudad de, manifiesta que ha solicitado la cobertura de un tratamiento de fertilización asistida tanto ante OSPAC como ante, sin obtener respuesta alguna por parte de esta última.

Asimismo expresa que el tratamiento de fertilización asistida es de alta complejidad, debido a esterilidad secundaria de 24 meses, y que el procedimiento se realizará en; tal como consta en los estudios realizados y presupuesto acompañado, cuyas copias se agregan.-

En el mencionado carácter, **SUBROGA a favor de la Obra Social de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la provincia de Santa Fe O.S.P.A.C.**, quien acepta, los derechos y acciones derivados de los pagos efectuados y a efectuarse por OSPAC en cumplimiento de la relación de afiliación de acuerdo a lo establecido por ley N° 26.862 y decreto N° 956/13, y con el propósito que dicha obra social recupere de parte de y/o de quienes resulten jurídicamente responsables, los importes erogados con motivo de la cobertura del mencionado tratamiento.-

La presente subrogación no obliga ni responsabiliza a por las consecuencias de las acciones que OSPAC promueva por el hecho señalado precedentemente.-

Previa lectura y ratificación que realizan los arriba mencionados, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, en la ciudad de Santa Fe, a los.....días del mes de..... del año 2.0.....-

Firma:
Aclaración:
N° de Afiliado:
Fecha: