



SOLICITUD DE RE AFILIACION OSPAC FOR-AOS-001

1- DENOMINACIÓN DE GRUPO - DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

COD PAIS

COD AREA

NRO TELEFONO

NUMERO CELULAR +54

0

15

CORREO ELECTRONICO

CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

2- DOMICILIO

INFORMO EN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE MI DOMICILIO ACTUAL SE ENCUENTRA UBICADO EN:

CALLE: N° PISO: DPTO.

C.P.: LOCALIDAD: PROVINCIA:

Observaciones: me comprometo a informar cualquier cambio de domicilio que se produzca con posterioridad a la fecha, dentro de las 48 horas de efectuado el mismo.

INDIQUE SI TIENE OTRA OBRA SOCIAL: SI NO

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL

3 – PLAN O.S.P.A.C QUE ADOPTA

OPTA POR: PLAN A PLAN B

SI UD. OPTÓ POR PLAN "A", ES MENOR DE 35 AÑOS Y SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PRIMEROS CUATRO AÑOS DE SU MATRICULACIÓN EN LA PROVINCIA, SERÁ BENEFICIADO CON PLAN JOVEN OBRA SOCIAL, TENIENDO UNA BONIFICACIÓN DEL 40% EN LA CUOTA DE OBRA SOCIAL, MIENTRAS CUMPLA CON ESOS DOS REQUISITOS.

4 – DDJJ:

QUE HABIENDO ESTADO DESAFILIADO A OSPAC EN LOS TERMINOS DEL ARTÍCULO 104º, LEY 12818, (MODIF. LEY 13,471) Y NO CONTANDO CON OTRA OBRA SOCIAL OBLIGATORIA DESDE / / , SOLICITO RE AFILIACION A OSPAC A PARTIR DEL / / .

ACOMPAAÑO MI SOLICITUD CON:

CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES

CONSULTA PADRON BENEFICIARIOS SUPERINTENDENCIA DE SALUD

ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.

NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

/ /

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA