



SOLICITUD DE RE AFILIACIÓN OSPAC FOR-AOS-001

1- DENOMINACIÓN DE GRUPO - DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

COD PAÍS

COD ÁREA

NRO TELÉFONO

NÚMERO CELULAR +54

0

15

DOMICILIO ELECTRÓNICO

SOLICITO QUE SE ME CURSEN TODAS LAS NOTIFICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO, LAS CUALES TENDRÁN PLENA VALIDEZ LEGAL, INCLUSO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ART. 25 DE LA LEY 12.818.-

2- DOMICILIO

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

CALLE:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		

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

ACLARACIÓN

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 INFORMACIÓN Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

 / /

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA