

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA LA ADHESIÓN DE OSEP.

Las adhesiones se realizan una vez al mes, deberán presentar la documentación en el Círculo de pertenencia antes del día 08 de cada mes

Todos los profesionales que firmen la “**Carta de Adhesión a OSEP**” deberán presentar la siguiente documentación

- Completar la Carta de Adhesión con todos sus datos (no olvidar firma y sello de profesional)
- Fotocopia de la Póliza del Seguro de Praxis y el último comprobante de pago (sólo para aquellos profesionales que hayan contratado el seguro en forma particular)
- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia de la Matrícula Provincial **actualizada**.
- Fotocopia del Título.
- Fotocopia del Certificado del registro Nacional de Prestadores **vigente**
- En caso contar con especialidad, fotocopia del Certificado emitido por el Consejo Deontológico de Odontólogos de Mendoza.

Datos Personales

Apellido y Nombre:		Mat. provincial:	Fecha:
Email:		Teléfono de contacto:	
Domicilio real:		Localidad:	
Departamento:		DNI:	

Seguro contratado

Aseguradora:	Vigencia:	Monto asegurado:
--------------	-----------	------------------

Especialidad:	Fecha de emisión:
Subespecialidad:	Fecha de emisión:

Institución / consultorio			
Calle			N°
Localidad		Departamento	Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Institución / consultorio			
Calle			N°
Localidad		Departamento	Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prácticas	
Observaciones	Firma de conformidad de la institución

Institución / consultorio					
Calle					N°
Localidad			Departamento		Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prácticas					
Observaciones Firma de conformidad de la institución					

Institución / consultorio					
Calle					N°
Localidad			Departamento		Teléfono
Consultas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Prácticas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Internación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Guardia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Días de atención	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario de mañana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horario de tarde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prácticas					
Observaciones Firma de conformidad de la institución					

Este formulario tiene caracter de declaración jurada

Los profesionales se comprometen a respetar y cobrar los coseguros establecidos en el convenio firmado con OSEP, bajo apercibimiento de recibir las sanciones establecidas en el mencionado convenio, que van de multas en la facturación, suspensión temporaria y/o exclusión definitiva del listado de prestadores de OSEP.

Firma y aclaración del receptor

Firma y sello del profesional