



OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO DE RIO NEGRO, NEUQUEN Y LA PAMPA

RESOLUCIÓN SSSALUD. Nº 713/08

RNOS Nº: 1-2790-1

DATOS PERSONALES

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE NAC: ____/____/____

C.U.I.T.: _____

TIPO DE DOCUMENTO: DNI / LC / LE

NÚMERO: _____

DOMICILIO LEGAL: CALLE: _____ Nº ____ Piso ____

DEPTO: ____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

CELULAR: (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: _____

DATOS PROFESIONAL

TÍTULO: _____ FECHA DE EGRESO: ____/____/____

ESPECIALIDAD	NEUQUEN	RIO NEGRO	LA PAMPA
	MATRICULA	MATRICULA	MATRICULA

POBLACION QUE ATIENDE: NIÑOS / ADOLESCENTES / ADULTOS / SENECTOS

SE ESPECIALIZA EN QUE TIPO DE PRESTACION: _____

UTILIZA ALGUN TIPO DE EQUIPAMIENTO ESPECIAL: SI / NO

CUAL: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN: _____

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____



OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO DE RIO NEGRO, NEUQUEN Y LA PAMPA

RESOLUCIÓN SSSALUD. Nº 713/08

RNOS Nº: 1-2790-1

SUCURSALES DE ATENCION AMBULATORIA

Podrá declarar solo una vía de facturación POR PROVINCIA

NOMBRE DEL CONSULTORIO: _____

DIRECCION: _____ LOCALIDAD: _____

CONTACTO PARA TURNOS: _____ ALQUILA CONSULTORIO: SI / NO

EN CASO DE NO ALQUILAR CONSULTORIO ESPECIFICAR TIPO DE CONTRATO: _____

PRESTACION A BRINDAR SOBRE AFILIADOS: CON CUD / SIN CUD

VIA DE FACTURACION: _____

NOMBRE DEL CONSULTORIO: _____

DIRECCION: _____ LOCALIDAD: _____

CONTACTO PARA TURNOS: _____ ALQUILA CONSULTORIO: SI / NO

EN CASO DE NO ALQUILAR CONSULTORIO ESPECIFICAR TIPO DE CONTRATO: _____

PRESTACION A BRINDAR SOBRE AFILIADOS: CON CUD / SIN CUD

VIA DE FACTURACION: _____

NOMBRE DEL CONSULTORIO: _____

DIRECCION: _____ LOCALIDAD: _____

CONTACTO PARA TURNOS: _____ ALQUILA CONSULTORIO: SI / NO

EN CASO DE NO ALQUILAR CONSULTORIO ESPECIFICAR TIPO DE CONTRATO: _____

PRESTACION A BRINDAR SOBRE AFILIADOS: CON CUD / SIN CUD

VIA DE FACTURACION: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN: _____

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____



OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO DE RIO NEGRO, NEUQUEN Y LA PAMPA

RESOLUCIÓN SSSALUD. Nº 713/08

RNOS Nº: 1-2790-1

SUCURSALES DE ATENCION INTERNACION

Podrá declarar solo una vía de facturación POR PROVINCIA

CLINICA DONDE ATIENDE: _____

LOCALIDAD: _____

HONORARIOS A FACTURAR POR: LA CLINICA / SU ENTE REGULADOR

CLINICA DONDE ATIENDE: _____

LOCALIDAD: _____

HONORARIOS A FACTURAR POR: LA CLINICA / SU ENTE REGULADOR

CLINICA DONDE ATIENDE: _____

LOCALIDAD: _____

HONORARIOS A FACTURAR POR: LA CLINICA / SU ENTE REGULADOR

CLINICA DONDE ATIENDE: _____

LOCALIDAD: _____

HONORARIOS A FACTURAR POR: LA CLINICA / SU ENTE REGULADOR

FIRMA Y ACLARACIÓN: _____

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____



OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO DE RIO NEGRO, NEUQUEN Y LA PAMPA

RESOLUCIÓN SSSALUD. Nº 713/08

RNOS Nº: 1-2790-1

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados son correctos, comprometiéndome a no realizar ninguna modificación respecto de los mismos, hasta tanto no cuente con la autorización expresa de OsPePri, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinente acompañando toda la documentación que se me exija desde el área de Prestadores de la Obra Social.

Manifiesto que asumo el compromiso de canalizar toda mi actuación profesional como Prestador, respetando las Normas establecidas por lo que me obligo a utilizar los sistemas informáticos de OsPePri para validar las prestaciones médico asistenciales.

En caso de incumplimiento de tales obligaciones, OsPePri podrá adoptar las medidas administrativas y disciplinarias pertinentes.

FIRMA Y ACLARACIÓN: _____

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____