



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Informe

Número:

Referencia: ANEXO III EX-2025-25577168- -APN-GDYAISS#SSS

ANEXO III

NOTA PARA ALTA DE BENEFICIARIO AL PROGRAMA

....., ... de 202...

Al Sr. SUPERINTENDENTE

DE SERVICIOS DE SALUD

.....

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

El Sr/a _____ como responsable agente del Seguro de Salud, me dirijo a Ud. a los fines de considerar dar el alta al programa(Resolución N°.....SSSALUD) al afiliado que se detalla a continuación:

Nombre y Apellido:

N° de afiliado:

Fecha de alta a la O Social:

Fecha de inicio del tratamiento:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

C.U.I.L.:

Sexo:

Peso: (expresados en Kg)

Domicilio:

Dosis: unidades/kg de peso

Localidad:

T.E de contacto:

Correo electrónico:

Casilla de Correo electrónico de la O. Social : (donde se reciba notificaciones de Comisión de Hemofilia).

Los datos enunciados precedentemente son ciertos y conllevan el carácter de Declaración Jurada, quedando expresamente notificado que su falseamiento será pasible de acciones administrativas y penales que correspondan

.....
Firma del presidente o apoderado de la Obra Social

(Certificada por Escribano Público)

