



COMPROMISO DE ADHESIÓN A LAS NORMATIVAS DEL PROGRAMA INTEGRAL DE ARTRITIS REUMATOIDEA

Para el Afiliado:

El Sr./a..... en su carácter de Afiliado/a a la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca (OSEP), solicita la inclusión al Programa Integral de Artritis Reumatoidea de OSEP, dada la patología que lo/a aqueja y que certifica bajo firma de su médico tratante.

Asimismo, acepta y se compromete a cumplir las normativas que determina la OSEP con respecto al Programa Integral de Artritis Reumatoidea.

_____ DNI:
Firma del afiliado

Aclaración

Para el Médico Tratante:

En mi carácter de médico tratante del Sr./a.....

Solicito su inclusión en el Programa Integral de Artritis Reumatoidea de OSEP vigente, y cuyos alcances conozco, dada la patología que padece.

Asimismo acepto las normativas del programa vigente, determinadas por OSEP con respecto al Programa Integral de Artritis Reumatoidea.

Firma y sello del Médico: