

SOLICITUD PARA ÁREA DE COMPRAS

Señor Prestador: Sepa usted que es **requisito imprescindible** completar toda la solicitud, sin excepción. **Caso contrario, no se podrá dar curso a la prestación.**

A llenar por el médico solicitante:

Nombre y Apellido:		
Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N° de Afiliado:
Localidad de Origen:		
Correo electrónico:		
Celular:		
Dirección:		
Diagnóstico:		Código CIE 10:
Resumen de historia clínica:		

Material solicitado / Detallar solo especificaciones técnicas

NO MARCAS COMERCIALES

Lugar en que se realiza la cirugía: _____

Fecha de cirugía: _____

Código de práctica a realizar: _____

¿La lesión fue por accidente? SI NO

En caso de ser accidental, indicar tipo: Tránsito Laboral Otro: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre y Apellido

Matricula

Conformidad del afiliado titular

El afiliado deberá dar la conformidad al descuento que se deba realizar por la planilla de haberes, en concepto de la adquisición del material solicitado, según resolución 11409/19, "texto ordenado de la Reglamentación de la Caja de Servicios Sociales".

Detallar con una **X** la modalidad elegida por el afiliado para realizar el trámite

EN FORMA PRESENCIAL MEDIANTE TURNO OTORGADO POR LA OBRA SOCIAL

MEDIANTE CORREO ELECTRONICO