



Odontología Personalizada S.A.

### SOLICITUD DE INGRESO

Por la presente solicito ser incluido en los listados de prestadores de **OPSA**, aceptando las normas de atención preestablecidas

|   |  |            |    |                         |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
|---|--|------------|----|-------------------------|--|----------------------------|--|-------------------|--|------------|----|-----|----|----|--|
| Apellido                                    |  |            |    | Nombres                 |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| N° de Matrícula Nacional                    |  |            |    |                         |  | N° de Matrícula Provincial |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| Universidad                                 |  |            |    |                         |  |                            |  | Año de Graduación |  |            |    |     |    |    |  |
| Fecha de Nacimiento                         |  | __/__/____ |    | D.N.I.                  |  |                            |  | Anssal            |  |            |    |     |    |    |  |
| C.U.I.T                                     |  |            |    | Condición I.V.A         |  |                            |  | Seguro M. Praxis  |  |            |    |     |    |    |  |
| Especialidades:                             |  | General    |    | Pediatria               |  | Periodoncia                |  | Cirugía           |  | Endodoncia |    |     |    |    |  |
|   |  | Estomat.   |    | Radiología              |  | Implantes                  |  | Ortodoncia        |  | Ortopedia  |    |     |    |    |  |
|   |  | Auditoría  |    | Prótesis                |  | Gerenciam.                 |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| <u>Domicilio Consultorio</u>                |  |            |    |                         |  |                            |  | Localidad         |  |            |    |     |    |    |  |
| Provincia                                   |  |            |    |                         |  | CP                         |  |                   |  | Barrio     |    |     |    |    |  |
| Días y Horario de Atención                  |  |            |    |                         |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| Teléfonos                                   |  |            |    |                         |  |                            |  | E.Mail            |  |            |    |     |    |    |  |
| Cantidad de Equipos                         |  |            |    | Cantidad de Odontólogos |  |                            |  | Asistente         |  | Si         | No | Rx. | Si | No |  |
| Recepcionista                               |  | Si         | No | Residuos Patológicos    |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| <u>Segundo Consultorio</u>                  |  |            |    |                         |  |                            |  | Localidad         |  |            |    |     |    |    |  |
| Provincia                                   |  |            |    |                         |  | CP                         |  |                   |  | Barrio     |    |     |    |    |  |
| Días y Horario de Atención                  |  |            |    |                         |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| Teléfonos                                   |  |            |    |                         |  |                            |  | E.Mail            |  |            |    |     |    |    |  |
| Cantidad de Equipos                         |  |            |    | Cantidad de Odontólogos |  |                            |  | Asistente         |  | Si         | No | Rx. | Si | No |  |
| Recepcionista                               |  | Si         | No | Residuos Patológicos    |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| Otros Prepagos y Obras Sociales que atiende |  |            |    |                         |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
|   |  |            |    |                         |  |                            |  |                   |  |            |    |     |    |    |  |
| <u>Domicilio Particular</u>                 |  |            |    |                         |  |                            |  | Localidad         |  |            |    |     |    |    |  |
| CP  |  |            |    | Provincia               |  |                            |  | Teléfono          |  |            |    |     |    |    |  |
| Tel. Celular                                |  |            |    | E.Mail                  |  |                            |  | Web page          |  |            |    |     |    |    |  |

.....de.....de .....

.....

Firma