

**DECLARACION JURADA PARA PROFESIONALES PSICOLOGOS,
PSICOPEDAGOGOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES,
NUTRICIONISTAS QUE ADHIEREN AL RÉGIMEN DE LA DISP. G
121/10**

**PARA SER CUMPLIMENTADA POR PROFESIONAL EN FORMA
INDIVIDUAL**

Apellido y Nombre

Matrícula Profesional: Libro.....Folio.....Nº.....Título Profesional Expedido
por

Documento de Identidad - Tipo Nº.....

Domicilio Constituido.....

LocalidadCódigo Postal

Tel Particular: Correo Electrónico:.....

Domicilio Laboral:

Teléfono:.....Especialidad:.....

..... Días y Horarios de Atención:
.....

C.U.I.T. Nº..... Af. Caja Jubilaciones Nº.....-

-----El que suscribe el presente instrumento, el que a su vez reviste el carácter de declaración jurada, solicita su inscripción en el Registro de Prestadores para brindar atención de su especialidad a los beneficiarios de la Obra Social I.A.P.O.S., comprometiéndose por el presente a:

- 1) Prestar servicios a los afiliados del I.A.P.O.S., que demanden los mismos, de conformidad a lo establecido en la Disposición G Nº 121/10, que declara conocer.
- 2) Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto de este contrato serán efectivizadas por el I.A.P.O.S. mediante el pago de la facturación que el mismo presente a esta Obra Social, y de acuerdo a la Disposición General Nº 121/10, siendo tales pagos, cancelatorios de las obligaciones contraídas por el I.A.P.O.S. a su respecto.
- 3) Asimismo declara y se obliga a no efectuar discriminaciones respecto de los afiliados de I.A.P.O.S., a no cobrar suma alguna por ningún concepto respecto de las prácticas que se efectúen, prestando los servicios que le sean requeridos por los afiliados de I.A.P.O.S., en ambulatorio. También acepta que en el caso de que se constate en forma fehaciente el cobro de algún tipo de adicional al afiliado de la Obra Social, presta su conformidad para que dicha diferencia le sea debitada de la facturación que el I.A.P.O.S. tenga pendiente de pago, sin perjuicio de las medidas disciplinarias que pudieran corresponderle.-----

-----**En el acto de firma de la presente, el que suscribe se da por notificado que el incumplimiento de las obligaciones acordadas en el**

presente, dará derecho al “I.A.P.O.S.” a suspenderlo y/o darle de baja y/o ejercer las acciones legales que pudieran corresponder. A tales efectos, la denuncia de un afiliado asistido o de un familiar del mismo ante el “I.A.P.O.S.” y/o los informes de los auditores y/o personal habilitado por el I.A.P.O.S. sobre una irregularidad y/o incumplimiento por parte del prestador, serán causa suficiente para proceder a solicitarle el descargo pertinente en el término de cinco (5) días hábiles; si el descargo no fuese diligenciado en los tiempos fijados para hacerlo y/o lo suficientemente fundado, el I.A.P.O.S. podrá disponer en forma unilateral la suspensión o baja del infractor del Registro de Prestadores, de acuerdo a las circunstancias de cada caso.

EL PRESENTE INSTRUMENTO NO DEBERA TENER TACHADURAS NI ENMIENDAS, SALVO QUE ESTEN DEBIDAMENTE SALVADAS ANTES DE SU FIRMA. SE DEJA CONSTANCIA QUE CUALQUIER MODIFICACIÓN VERIFICADA EN EL TEXTO ORIGINAL –SIN LA ANTEDICHA SALVEDAD- IMPLICARÁ LA INEFICACIA E INVALIDEZ DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

FIRMA:..... ACLARACION:.....

Certifico que la firma del Dr. fue puesta en su presencia habiéndose notificado el profesional que la presente inviste el carácter de Declaración Jurada.

.....

.....

Lugar y Fecha

Firma y sello de empleado del I.A.P.O.S. y/o
Escribano y/o Autoridad Certificante del
Poder Judicial

1(uno) ejemplar para I.A.P.O.S.

1(uno) ejemplar para el profesional