



INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

FICHA DE SOLICITUD

Datos del Familiar

Datos de Titular			
CUIL/CUIT	00-00000000-0	Apellido y Nombres	BEDIN IDA,

Datos del Familiar

Documentos

Tipo Número

Datos Personales

CUIL/CUIT 00-00000000-0

Apellido Apellido Materno

Nombre

Fecha de Nacimiento / / Edad 0 Nacionalidad

Estado Civil Grupo Sanguíneo

Domicilios

Tipo Calle Número Piso Dpto. Cuerpo Código Postal Localidad Teléfono

Datos Afiliatorios

Parentesco Clasificación

Capacidades Diferentes NO Nivel de Capacidad Diferente

Autorizo a la Obra Social a aplicar la modalidad de descuento de coseguros aprobada por el Decreto Provincial N° 1371/17, de acuerdo al consumo de prestaciones médico-asistenciales consumidas por quien suscribe y/o afiliados a mi cargo

Firma y Aclaración del Titular

Firma Responsable Repartición

** Esta solicitud debe imprimirse por Duplicado y presentarla en el Municipio, Comuna, Institución Adherida o Repartición Pública por la cual pueden afiliarse a IAPOS, acompañada de la documentación que se solicita, sin la cual no se dará curso al trámite.**