

Declaración Jurada para Prestadores

Para ser Cumplimentada por cada Miembro del Staff en Forma Individual

Apellido y Nombre: _____ Matrícula Profesional Nro.: _____

Título Profesional Expedido por: _____

Documento de Identidad: Tipo: _____ Nro.: _____ Código Postal: _____

Domicilio Constituido: _____ Localidad: _____

Domicilio Laboral: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____

Institución que otorga el Título: _____

CUIT Nro.: _____ Af. Caja de Jubilaciones Nro.: _____

El que suscribe el presente instrumento, 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 IAPOS dentro de las Normativas de Cobertura para los Procedimientos de Reproducción Humana Médicamente Asistida comprometiéndome por el presente a:

1) Prestar servicios a los afiliados del IAPOS, que demanden los mismos, de conformidad a lo establecido en la Disposición General Nro. 069/13, que declara conocer.

2) Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto de este contrato serán efectivizadas por el IAPOS mediante la facturación que el mismo presente a esta Obra Social, y de acuerdo a la Disposición General Nro. 069/13 y sus modificatorias arancelarias pertinentes, siendo tales pagos, cancelatorios de las obligaciones contraídas por el IAPOS a su respecto.

3) Asimismo declara y se obliga a no efectuar discriminaciones respecto de los afiliados del IAPOS, a no cobrar suma alguna por ningún concepto respecto de las prácticas de acuerdo a la descripción que se efectúen, prestando los servicios que le sean requeridos. También acepta que en el caso de que se constate en forma fehaciente el cobro de algún tipo de adicional, presta su conformidad para que dicha diferencia le sea debitada de la facturación que el IAPOS tenga pendiente de pago, sin perjuicio de las medidas disciplinarias adicionales que pudieran corresponder.

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 IAPOS 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 IAPOS y/o los informes de los auditores y/o personal habilitado por esta Obra Social 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 IAPOS 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 DEBERÁ TENER TACHADURAS NI ENMIENDAS, SALVO QUE ESTÉN 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

_____ Sello

Lugar y Fecha: _____