



FORMULARIO Q

Sello Fechador

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS

RUBRO 1: DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres: _____

Profesión: _____ Afiliado Nro.: _____ CUIT/CUIL: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Documento: _____ N° _____

Estado Civil: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Mail: _____

Firma y Aclaración:

RUBRO 2: DATOS DE CUENTA BANCARIA

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____

CBU o Alias: _____

RUBRO 3: DATOS ESTABLECIMIENTO MEDICO- ASISTENCIAL

Nombre/Razón Social: _____

Médico Tratante: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Diagnóstico: ____/____/____. Fecha Internación: desde ____/____/____ hasta: ____/____/____

Firma y sello del Médico Tratante

Sello del Establecimiento Asistencial

RUBRO 4: INFORME AUDITORIA MÉDICA *(en caso de corresponder)*

RUBRO 5: RESOLUCIÓN DIRECTORIO

AUTORIZADO: _____ SI BVM: _____ Código: _____ IMPORTE A PAGAR: \$ _____

_____ NO
CAUSA DE LA NEGATIVA:

Firma DIRECTORIO: