

Solicitud de Adhesión al

**PADRON DE PRESTADORES DEL C.O.M.Z.S. y/o F.O.M.**

El que suscribe: .....,  
D.N.I. Nº: ....., afiliado al C.O.M.Z.S. Nº ..... (Matri.Prof.), domiciliado  
en ....., viene libre y voluntariamente a  
solicitar y declarar lo siguiente:

1. Que solicita ser inscripto en el Padrón de Prestadores para atender a los afiliados de mutuales, Obras Sociales y otras entidades profesionales de acuerdo con las relaciones contractuales mantenidas entre esta y el Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur.

2. Que autoriza al C.O.M.Z.S. y/o F.O.M. a percibir sus acreencias devengadas que le correspondieran como también a requerir por los medios que procedan el pago de acreencias que con este motivo le adeudaran las entidades prestatarias. Autoriza también a efectuar retenciones derivadas de normas y resoluciones del C.O.M.Z.S. y F.O.M., las cuales se compromete a respetar.

3. La presente constancia constituye asimismo una declaración expresa en el sentido que se lo tenga por excluido del Padrón de Prestadores, en forma automática, cuando se den algunos de los casos previstos por el Art. 6to. del Reglamento del Padrón de Prestadores, y Capítulo II: De las obligaciones del socio, del Estatuto. La renuncia se tendrá por presentada tan pronto como la circunstancia impeditiva sea conocida por la Comisión Directiva del C.O.M.Z.S. y/o F.O.M.

4. Viene a manifestar expresamente que conoce y acepta las reglamentaciones que referidas al ejercicio profesional se hayan establecido, comprometiéndose a cumplirlas.

5. Viene a expresar su adhesión al Padrón de Prestadores a beneficiarios de Obras Sociales para la nómina de tales entidades comprendidas, comprometiéndose a respetar las resoluciones y/o normas dictadas o a dictarse por el C.O.M.Z.S. para el mejor cumplimiento de esos fines.

6. Declara conocer y aceptar el Reglamento del Padrón de Prestadores del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur y Federación Odontológica de Misiones.

LUGAR: .....

FECHA: .....

FIRMA:.....

ACLARACION: .....

D.N.I. N° .....

F.003-FAB/94.

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA TRANSITORIA/  
DEFINITIVA (tachar lo que no corresponda) del PADRON DE PRESTADORES, en razón de  
..... (art. 5 y 6 Regl. Padrón de  
Prestadores; Art. 14 del Estatuto).

Seguidamente detallo los servicios que tenía convenidos a dar de  
baja:

- Seguro Mala praxis
- Seguro Sancor Salud
- Sistema de Beneficios Sociales
- AOA
- IAMIP
- CAPROSA
- .....
- .....

Asimismo, dado que no contaré con acreencias para los descuentos correspondientes, me comprometo a abonar mensualmente las cuotas de los servicios con los que continuaré a través de la institución, que detallo a continuación y la cuota social (Art. 11, 12, 14 del Estatuto)

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA COMO ASOCIADO Y PRESTADOR, en razón de .....

Seguidamente detallo los servicios que tenía convenidos a dar de

baja:

- Seguro Mala praxis
- Seguro Sancor Salud
- Sistema de Beneficios Sociales
- AOA
- IAMIP
- CAPROSA
- .....
- .....

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA del Sistema de Beneficios Sociales del C.O.M.Z., y asimismo el cese de los descuentos desde mi efectiva baja.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA del seguro de responsabilidad Civil (Mala Práxis) SANCOR SEGUROS, y asimismo, me comprometo a presentar periódicamente la póliza correspondiente al seguro contratado en forma particular.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación al seguro de responsabilidad Civil (Mala Práxis) SANCOR SEGUROS, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando el cese de los descuentos de mis  
acreencias correspondientes la cuota del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Misiones.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente  
Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur  
Dr./a .....  
SU DESPACHO.



Me dirijo a Ud. con el objeto de autorizar los descuentos de mis acreencias correspondientes la cuota del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Misiones, que he comunicado a dicha entidad.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando el cese de los descuentos de mis acreencias correspondientes a CAPROSA, que he comunicado a dicha entidad.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. con el objeto de autorizar los descuentos de mis acreencias correspondientes CAPROSA, que he comunicado a dicha entidad.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA como afiliado/a al Seguro  
Sancor Salud, como integrantes de mi grupo familiar de:

.....

Atentamente.-

.....

Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA como afiliado/a al Seguro Sancor Salud, y asimismo el cese de los descuentos desde mi efectiva baja.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando la incorporación al seguro Sancor Salud, de los siguientes integrantes de mi grupo familiar, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Parentesco:

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Parentezco:

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación al seguro Sancor Salud, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando la BAJA de el/la-las/los siguiente/s  
integrante/s de mi grupo familiar de la obra social  
IAMIP: .....

.....



Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA como afiliado/a a la obra social IAMIP.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación a mi grupo familiar como afiliado/a a la obra social IAMIP, de ..... (hijo/s, esposo/a, etc.).

Adjunto a la presente los formularios correspondientes.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación como afiliado/a a la obra social IAMIP, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Adjunto a la presente los formularios correspondientes.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA como afiliado/a a la A.O.A., y  
asimismo el cese de los descuentos desde mi efectiva baja.

Atentamente. -

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación a la A.O.A., y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. comunicando mi nuevo domicilio profesional (Art. 13 del Estatuto), es el siguiente:

Domicilio: .....

Localidad: .....

Tel./Cel.: .....

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. Solicitando mi BAJA del padrón de prestadores de  
SMAUNaM.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello



..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. Solicitando mi incorporación al padrón de prestadores de SMAUNaM.

Desde ya muchas gracias por su atención.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mnes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

I.P.S.. Me dirijo a Ud. Solicitando mi BAJA del padrón de prestadores del

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. Solicitando mi incorporación al padrón de prestadores de I.P.S., dado que es la obra social más importante con la que puedo trabajar y la que tiene más demanda.

Desde ya muchas gracias por su atención.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

**SOLICITUD DE INGRESO AL  
SISTEMA DE BENEFICIOS SOCIALES**

**E l**

**q u e**

**suscribe: .....**

**asociado del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur, solicita al Señor Presidente su inclusión en el Sistema de beneficios Sociales de la Institución, declarando conocer sus normas y reglamentación anexa.**

**A los fines de la contraprestación de los beneficios del Sistema, autorizo suficientemente a que el Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur proceda de acuerdo a la siguiente metodología:**

**1) De ser prestador de servicios a las Obras Sociales, a invertir transitoriamente mis acreencias cobradas, durante el lapso de ingreso de fondos al Círculo y su pertinente fecha de pago; y al pago de la cuota que establezca el Sistema de Beneficios Sociales.**

2) De no ser prestador de servicios a las obras sociales, me comprometo a abonar la cuota que establezca el Reglamento del Sistema de Beneficios Sociales.

POSADAS (Mnes.), .....

.....

**Firma**

**C.O.M.Z.S. -F.1**

**FAB/97**