A.F.A.L.P.
Asociación de Foniatría Audiología y Logopedia Platense
Av. 39 Nº 323 – La Plata (1900) - Tel/fax 0221-4259281 info@afalp.org.ar / *www.afalp.org.ar*

ALTA REGISTRO PRESTADOR OBRAS SOCIALES

La Plata, ____/____/20….

Fonoaudiólogo: _____

Documento Tipo y Nº: _____ CUIT. _____

AFIP: Inscripto en IVA Exento Monotributo (marque lo que corresponda)

Mat. Provincial Nº _____ Asociado AFALP Nº _____

Domicilio Real: _____Nº _____Piso _____Dto._____

Teléfono: _____ Localidad: _____

E-mail: _____

(El domicilio que se denuncia como real tendrá los efectos del "constituido", siendo éste válido para todas las notificaciones que se deban cursar en el marco de los distintos convenios vigentes y los que en el futuro se suscriban entre la AFALP y las distintas Obras Sociales, Mutuales, Medicina Prepaga, ART, IOMA y otras entidades públicas y privadas prestadoras de los servicios de salud. El domicilio subsistirá hasta tanto no se comunique otro en forma fehaciente)

Domicilios Profesionales (consultorios)

Dirección: _____Tel:_____

Localidad: _____ Establecimiento: _____

Días y horarios de atención: _____

_____

Dirección: _____Tel:_____

Localidad: _____ Establecimiento: _____

Días y horarios de atención: _____

_____

Dirección: _____Tel:_____

Localidad: _____ Establecimiento: _____

Días y horarios de atención: _____

_____

Area profesional: (marque lo que corresponda) Foniatría ○ Audiología ○ Ambas ○

Por la presente presto conformidad para que AFALP efectúe el pago de las prestaciones realizadas con cargo a las distintas Obras Sociales, Mutuales, Medicina Prepaga, ART, IOMA y otras entidades públicas y privadas prestadoras de los servicios de salud, mediante interdepósito en cuenta del Banco de la Provincia de Buenos Aires o del Banco Francés a mi nombre. Asimismo, autorizo a AFALP a detraer de la facturación el ..... % del total, en concepto de gastos de administración y para sostener los beneficios que recibimos los asociados y los que en el futuro se creen.

Declaro bajo juramento que los datos contenidos en la presente, son correctos y sin omisión alguna, como asimismo declaro conocer y acatar el Estatuto vigente, los reglamentos de AFALP, el sistema de Auditoría implementado para la atención de Obras Sociales y las resoluciones que de ésta emanen, como asimismo las condiciones previstas en los respectivos convenios y normas de trabajo informadas por la AFALP.

En dicho sentido me comprometo a prestar los servicios de la Fonoaudiología a todos los afiliados que requieran mi intervención profesional de las distintas Obras Sociales, Mutuales, Medicina Prepaga, ART, IOMA y otras entidades públicas y privadas prestadoras de los servicios de salud, mientras tengan convenio vigente con AFALP, sin distinción o elección de alguna de ellas en desmedro de otras, en las condiciones previstas en las normas referidas y conforme Ley 10.757, facultando a AFALP, en caso de incumplimiento de los reglamentos vigentes y/o convenios celebrados, a darme de baja del padrón respectivo.- Conste.-

_____

Firma y Sello del profesional