



ADHESIÓN VOLUNTARIA: ALIANZA MÉDICA (206)

Matrícula Nº:.....

Apellido y Nombre:.....

Tipo y Nº de Documento:.....

Domicilio Profesional:.....

Número de teléfono profesional:.....

Acepta su inscripción en el listado de prestadores para brindar atención psicológica a los beneficiarios de este convenio y acuerda con el Centro de Trabajo del Colegio de Psicólogos de la provincia de Santa Fe 2ª Circ. -Ley .9538- las siguientes cláusulas:

- 1) - El profesional se compromete a respetar el arancel pactado sin modificación alguna, caso contrario será dado de baja del listado de prestadores según convenio.
- 2) - El profesional se compromete a tener a disposición la historia Clínica para la auditoría de **ALIANZA MÉDICA** en caso de que así se requiera.
- 3) - El profesional se compromete a entregar en el CDT mensualmente el recibo correspondiente con los honorarios abonados por **ALIANZA MÉDICA** que se le hayan acreditado en su C/A de la Mutual de Socios de la Asociación Médica de Rosario, tal como se realiza con el resto de las Obras Sociales.

Rosario:.....

Firma:.....

Aclaración:.....