



## ADHESIÓN VOLUNTARIA: OSTCARA (90)

**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 OSTCARA 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 OSTCARA 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**:.....