



## ADHESION VOLUNTARIA: AMPJBON (16)

### Jerárquicos Salud

Mat. Nro:.....

Apellido y Nombre:.....

Tipo y nro. 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 **AMPJBON** 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 **AMPJBON** 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:.....