



**ADHESION VOLUNTARIA: O.S.PE.GA.P (64)**  
**SISA 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 **O.S.PE.GA.P** 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 **O.S.PE.GA.P** 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:**.....