



GOBIERNO DE SAN JUAN
Secretaría de Estado de Salud Pública
Dirección de Obra Social

**CONVENIO DE ADHESIÓN VOLUNTARIA COMO PRESTADOR DE
LA DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL**

El/la que suscribe.....
D.N.I., L.E., L.C. Nº.....con domicilio real en
.....y domicilio
profesional enen su calidad de
profesional.....matrícula Nº.....
egresado de.....en fecha.....
especializado enasociado/a a
....., en adelante LA ENTIDAD expresa que:

PRIMERO: En el carácter invocado precedentemente, se adhiere voluntariamente como prestador de D.O.S. obligándose a dar cumplimiento a las normas y reglamentaciones que tiene vigente la D.O.S. para los distintos programas, los que declara conocer.

SEGUNDO: Se compromete a atender a los afiliados de D.O.S. que requieran sus servicios y acrediten las condiciones reglamentarias vigentes. -

TERCERO: Se compromete a no cobro de adicionales, en ninguno de los programas respecto de la cobertura que tenga la D.O.S., salvo en los porcentajes no cubiertos por dicho Organismo. -

CUARTO: Autoriza por la presente a LA ENTIDAD al cobro de las facturaciones por las prestaciones brindadas a los afiliados de D.O.S., comprometiéndose a no facturar por su intermedio prestaciones efectuadas por otros profesionales. -

QUINTO: Acepta la aplicación de sanciones por incumplimiento y/o violación de las normas de reglamentaciones de la D.O.S., las que consistirán en: 1º) Llamado de atención. 2º) Exclusión del padrón de prestadores, renunciando a cualquier reclamo, como consecuencia de las sanciones aplicadas. -

SEXTO: Podrá solicitar su reincorporación, la cual quedará a consideración de la D.O.S.-

SÉPTIMO: Asume la total responsabilidad de los actos profesionales que realice a los afiliados de la D.O.S., por lo cual libera a ésta de cualquier reclamo por mala praxis en los fueros civiles o penales. -

OCTAVO: El presente Convenio de Adhesión podrá ser dejado sin efecto por cualquiera de las partes, sin expresión de causa alguna, mediando preaviso con 5 días de anticipación, no pudiendo en este caso formular reclamo alguno. -

Suscripto en San Juan, a los.....días del mes de.....de 201.....-

Firma del Profesional.

“La entidad/ el funcionario, certifica que la firma es auténtica y puesta en presencia del mismo.”

Asimismo se certifica haber constatado la posesión del título habilitante por parte del profesional.-