

DECLARACION JURADA DE PRESTACIONES RECIBIDAS

LUGAR Y FECHA	, / /
---------------	-------

APELLIDO Y NOMBRE DE LA PERSONA ATENDIDA	
--	--

CUIL	
------	--

APELLIDO Y NOMBRE DEL o LA TITULAR	
------------------------------------	--

TEL. CELULAR		TEL. FIJO		LOCALIDAD	
--------------	--	-----------	--	-----------	--

CORREO ELECTRONICO	@
--------------------	---

DETALLE DE PRESTACIONES MÉDICAS RECIBIDAS

TIPO DE PRESTACION (atención médica)	FECHA	IMPORTE FACTURADO	PRESTADOR (atención médica)
1)	.../.../...	\$.....	
2)	.../.../...	\$.....	
3)	.../.../...	\$.....	
4)	.../.../...	\$.....	
5)	.../.../...	\$.....	

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La presente declaración jurada, reviste el carácter de instrumento público en los términos de los artículos 289, 290 y 296 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Asimismo, el acto jurídico originado en la presente declaración, halla sustento legal, en las normas de los Artículos 130°, 131° y concordantes del Decreto 1728, reglamentario de la NJF 1170.-

FIRMA Y ACLARACION DE AFILIADO TITULAR

FIRMA Y ACLARACION DEL CERTIFICANTE