

DECLARACIÓN JURADA | PROGRAMA CUIDARTE

DATOS PROFESIONALES /				
Apellido y Nombres				
Tipo y N° de Documento			Sexo	
CUIT	Matrícula Prov.		Matrícula Nac.	
Categoría Profesional				
Especialidad			Entidad	
Domicilio /				
Calle	N°	Torre	Piso	Departamento
Localidad		Cód. Postal		
Teléfono		E-mail		

Por la presente, declara conocer y se obliga a observar y dar cumplimiento a:

- a) Las previsiones contractuales vigentes y sus modificatorias;
- b) Los programas y/o planes de atención;
- c) Los protocolos médicos;
- d) Las normas de atención y procedimiento;
- e) Las resoluciones emanadas del Honorable Directorio del IOMA y/o las que se dicten por algún órgano inferior en ejercicio de facultad delegada por el Alto Cuerpo;
- f) La ley del IOMA N° 6982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario N° 7881/84.

Asimismo también declara que no tiene ningún tipo de relación de dependencia, ni permanente ni transitoria, con el IOMA.

Fecha ___ / ___ / ___

Firma y sello del Profesional