

**ANEXO VIII - PLANILLA DE ADHESIÓN Y DECLARACIÓN
JURADA DE PROFESIONALES MÉDICOS**

1.- Por la presente, el PROFESIONAL _____

Tipo y Nro. Documento: _____ CUIT: _____

Matrícula Provincial: _____ Entidad Primaria: _____

Domicilio Constituido Consultorio: Calle: _____ Número: _____

Torre: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: _____

CP: _____ Correo electrónico : _____ Teléfono: (____) _____

Especialidad _____ Expedido por _____

Categoría Profesional _____; adhiere en forma expresa a los términos del convenio vigente y sus modificatorias, suscripto entre el "IOMA" y la "FEMECON" en fecha

2.- Asimismo, declara conocer, y se obliga a aceptar y dar cumplimiento a:

- a) Las previsiones contractuales vigentes y sus modificatorias;
- b) Los programas y/o planes de atención;
- c) Los protocolos respectivos;
- d) Las normas de atención y procedimiento;
- e) Las resoluciones emanadas del Directorio del "IOMA" y/o las que se dicten por órgano inferior en ejercicio de facultad delegada por el Alto Cuerpo Colegiado del "IOMA";
- f) La Ley del "IOMA" N° 6.982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario N° 593/2022
- g) En particular, además de las restantes obligaciones que derivan del convenio entre "IOMA" y la "FEMECON", declara tener conocimiento de la prohibición de cobrar al afiliado cualquier arancel por fuera de los fijados por el convenio vigente.

Las normas legales, reglamentarias y/o contractuales que pudieren dictarse en el futuro, se considerarán oponibles a la ENTIDAD PRIMARA luego de su publicación oficial y/o de su notificación fehaciente a la FEMECON y/o a dicha ENTIDAD PRIMARIA en forma directa, asumiendo ésta última en forma exclusiva la carga de llevar a conocimiento del profesional adherido la comunicación respectiva.

SELLO FIRMA LUGAR FECHA



Asociación Médica
de Almirante Brown



Sami Salud
cerca tuyo

(Superintendencia De Servicios De Salud De La Nación)

ADHESIÓN SAMI SALUD

1.- Por la presente, el PROFESIONAL _____

Tipo y Nro. Documento: _____ CUIT: _____

Matrícula Provincial: _____ Entidad Primaria: _____

Domicilio Particular Constituido: Calle: _____ Número: _____

Torre: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: _____

CP: _____ Correo electrónico : _____ Teléfono: (____) _____

2.- Domicilio Consultorio Constituido: Calle : _____ Número: _____

Torre: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: _____

CP: _____ Correo electrónico : _____ Teléfono: (____) _____

Días y horarios de atención: _____

Especialidad _____ Expedido por _____

Categoría Profesional _____; adhiere en forma expresa y voluntaria a la atención de Sami Salud.

SELLO FIRMA LUGAR FECHA