



## DATOS DEL AFILIADO ver 1 13112019

Estimado afiliado, por favor, complete este formulario a fin de contactarlo por cualquier observación a la documentación relacionada con el tratamiento solicitado. Muchas gracias.

Nombre y Apellido del paciente/beneficiario: .....

.....

DNI del paciente/beneficiario: .....

Nombre y Apellido del Titular: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: .....

Línea celular / whatsapp: .....

**Correo electrónico (excluyente): .....**

**LAS COMUNICACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPIM SE EFECTUARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO, ROGAMOS INFORMARLO**

**[Por cualquier duda o aclaración: contacté a nuestro CAB:  
0810-345-0208 / cab@ospim.org.ar / whatsapp: 1155847047](#)**