

**LA PRESENTE REVISTE EL CARCTER DE DECLARACION JURADA, ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD QUE ELLO IMPLICA.**

		<b>Obra Social Del Personal De Farmacia</b>	<b>PERÍODO DE PRESTACIÓN:</b>
<b>FECHA</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>DNI/Nº de afiliado</b>	<b>FIRMA DE AFILIADO</b>

Por medio de la presente ( nombre del Prestador).....de  
Profesión.....Matricula N°.....

Declaro bajo juramento que en los términos de las Resoluciones 282/20 y 308/20 de la  
Superintendencia de Servicios de Salud, he brindado efectivamente prestaciones por tele asistencia en la  
especialidad de ..... A: (Nombre del Afiliado)

.....DNI.....

**Firma y sello del Prestador.....**