

Declaración Jurada

Fecha:

* Campo obligatorio | ** Elegir al menos una opción | *** Sólo para Convenio Individual

CUIT* <input type="text"/>			Número de documento* <input type="text"/>			Tipo de documento (marcar con una cruz)** <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE		
--------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--

Nombres* <input type="text"/>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido* <input type="text"/>						Fecha de nacimiento* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Sexo (marcar con una cruz)** <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Estado Civil (marcar con una cruz)** <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Otro						Nacionalidad* <input type="text"/>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos Profesionales				Especialidades (sujeto acreditación, especialidad del Ministerio de Salud de E. R.)			
Profesión* <input type="text"/>	Fecha de Graduación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Especialidad 1 <input type="text"/>			
Matrícula* <input type="text"/>	Fecha de Matriculación* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			desde <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Nro. de Póliza* Mala Praxis <input type="text"/>	Empresa <input type="text"/>			Especialidad 2 <input type="text"/>			
				desde <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Domicilio Comercial											
Localidad* <input type="text"/>						Calle* <input type="text"/>					
Número <input type="text"/>	Depto. <input type="text"/>	Piso <input type="text"/>	Manzana <input type="text"/>	Tira <input type="text"/>	Casa <input type="text"/>	Km <input type="text"/>	Cuerpo <input type="text"/>	Torre <input type="text"/>			

Contacto Comercial											
Teléfono** <input type="text"/>						Celular** <input type="text"/>					
Mail* <input type="text"/>											
El e-mail NO PUEDE SER una cuenta hotmail.com o sus variantes											

Convenios con OSER											
Convenio Nivel 1* <input type="text"/>						Convenio Nivel 2 <input type="text"/>					

Firma Prestador

Firma Empleado OSER