

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO B

N° _____
(A completar por personal del Organismo)

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento: DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal En representación de el/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo _____

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a _____ D.N.I. _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

RESERVADO PARA LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Denominación de la Obra Social _____

Código RNOS _____

Número de expediente otorgado por la Obra Social

Clasificación del reclamo

Trámite normal

Especial

Urgencia médica

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DE LA S.S.SALUD

Fecha de envío a la Obra Social / /