INSCRIPCIÓN EN OBRAS SOCIALES

….../……./…….

Lic.: …………………………………………………………………………… M.P.: …………….

Dirección: ………………………………………………………… Tel.: ………………………….

Por la presente solicito inscribirme en las obras sociales que detallo a continuación, aceptando los términos y condiciones pactadas con las mismas. A tal efecto presento toda la documentación requerida y me comprometo a exhibir el último pago del seguro de mala praxis en cada presentación:

OAM COOMARPES

Áreas de atención:



PS. NIÑOS PSICODIAGNÓSTICO





* 

PS. ADOLESCENTES PS. RORSCHACH



* 

PS. ADULTOS DISCAPACIDAD



* 

PAREJA

* 

FAMILIA

GRUPAL

* 

**PARA SER EXCLUIDO/A DE ESTOS PADRONES DEBERÁ PRESENTAR NOTA SOLICITÁNDOLO.**