



Reempadronamiento obligatorio para Afiliados/as con Planes Especiales

• Datos particulares (por favor completar con letra imprenta mayúscula) (datos del Afiliado/a con Plan Especial)

Apellido/s:

Nombres:

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad

L.C L.E. C.I. D.N.I Pasaporte

N°

Estado Civil

Casado Divorciado
 Soltero Conviviente
 Viudo

Sexo

Masculino
 Femenino
 Otro

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calle:

Número:

Piso:

Depto.:

Barrio:

Código Postal:

Provincia y Localidad:

Celular del Af. con Plan Especial:

Celular del Afiliado/a Titular:

E-Mail del Af. con Plan Especial:

E-Mail del Afiliado/a Titular:

• Tipo de beneficiario

Carácter

Titular

Adherente común

Dependencia/s

Sede Aimogasta

Sede Catuna

CECYT

Camping

Sede Chemical

SedeChepes

OSUNLaR Administracion

Hospital

Sede Villa Union

Delegacion Ulapes

Delegacion Olta

FUNLaR

Delegacion Tama

Delegacion vinchina

Jardín Maternal

Colegio San Martin

Indique la opción relacionada con su actividad de mayor dedicación

El Afiliado/a con Plan Especial posee otra/s Obra Social/es? Especificar:

Obra Social	Observaciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro/s organismo/s donde presta servicio/s el Afiliado/a con Plan Especial
(Administración Pública Nacional, Provincial, Municipal, Empresas del Estado, Actividad Privada.)

Dependencia o Empresa	Cargo	Año de Alta	Observación

¿Posee alguna deuda con esta Obra Social? Especificar.

.....

• Declaración Jurada

Declaro bajo juramento que los datos y documentos presentados en este formulario, así como la documentación adjunta, son verídicos y completos, y que los mismos tienen carácter de declaración jurada.

De igual manera, reconozco que OSUNLaR se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar la actualización de la documentación presentada.

En caso de falsedad u omisión en la información proporcionada, me comprometo a aceptar y cumplir con las sanciones establecidas en el reglamento interno de la Obra Social.

Lugar y fecha:

Firma del Afiliado/a Titular:

Aclaración del Afiliado/a Titular:

Firma del Afiliado/a con Plan Especial:

Aclaración del Afiliado/a con Plan Especial: