



Declaración Jurada para Atención brindada en Medicación

Datos del Paciente

Nombre y Apellido _____ Sexo Fem. Masc.

Edad N° de Afiliado DNI

Datos de la Prestación

Periodo de Cobertura

Concepto de Otorgamiento.....

Detalle medicación provista

Observaciones

La Presente declaración da cuenta de la verificación por parte de la Auditoria de la Obra Social, respecto a la atención brindada al beneficiario.

Medico Auditor

Nombre y Apellido

Especialidad

N° de Matricula

Firma y Sello