**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PADRÓN DE PRESTADORES**

El / la que suscribe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, M.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CUIT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reg. Nac. Prest Nº \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . (Vigente hasta el: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.)

Con Domicilio legal en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL.:\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_.

Domicilio Profesional (1) en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Profesional (2) en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Profesional (3) en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AREAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL (marcar con una cruz lo que corresponda o hacer aclaración en “otras”)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rehabilitación | |  |  |
| Neurológica |  | Adultos |  |
|  |  | Niños |  |
| Física |  | Adultos |  |
|  |  | Niños |  |
| Estimulación Temprana | |  |  |
| Integración Sensorial | |  |  |
| Salud mental | |  |  |
| Cognitivo |  |  |  |
| Otras: |  |  |  |
|  |  |  |  |

Manifiesta libre y voluntariamente ante **SECRETARÍA DE GESTION DE CONVENIOS DEL COLEGIO DE TERAPISTAS OCUPACIONALES** **DE ENTRE RÍOS** y ante quien corresponda, que:

PRIMERO: Solicita ser incluido en el PADRÓN DE PRESTADORES del referido COLEGIO, para atender a los afiliados y/o beneficiarios de toda OBRA SOCIAL que requiera atención de terapia ocupacional, que hubiesen acordado y suscripto convenios con el Colegio a través de la Secretaria de Gestión de convenios, para proporcionar las prestaciones asistenciales propias de la profesión, aceptando y respetando las cláusulas que dichos acuerdos estipulasen.

SEGUNDO: Acepta expresamente los convenios que el COLEGIO celebre con las OBRAS SOCIALES, adhiriéndose como Prestador del mismo y que asume y mantiene el compromiso de prestar cobertura de Terapia ocupacional a los afiliados y/o beneficiarios por el monto determinado en los contratos cuyas cláusulas declara, desde ya, aceptar.

TERCERO: Que conoce y acepta las condiciones del reglamento aprobado en la Asamblea en el mes de Julio de 2017, del que ha recibido copia, y se compromete a cumplir con el mismo en todos sus términos

CUARTO: Que conoce y acepta, que el mero incumplimiento en sus obligaciones dará pleno derecho al COLEGIO para darle de baja del referido Padrón de Prestadores.

QUINTO: Que a los fines de dar cumplimiento a las prestaciones asistenciales, las mismas serán realizadas en el domicilio profesional declarado obligándose a denunciar cualquier modificación o cambio de domicilio.

SEXTO: Que autoriza al COLEGIO para que el Padrón de Prestadores al cual solicita su inclusión sea exhibido, remitido o puesto a disposición de toda la comunidad, Instituciones Públicas o Privadas, como así también publicado en la página web del Colegio.

SEPTIMO: De igual forma declara bajo juramento no haber omitido ni falseado ninguno de los datos de la presente. LOS DATOS CONSIGNADOS POR MI PARTE REVISTEN EL CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. RECIBI LISTADO DE ART E INSTRUCTIVO.

----------------------------------------------

Firma – Aclaración

Paraná,……… de…………………………de 2020.