IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

FICHA 2 ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS

1 NOMBRE DE LA ENTIDAD

2

1		AFIL. DIRECTO
2		AFIL. A CARGO
3		ALTA
4		MODIFICACIONES
5		RENOVACIONES
6		CONTINUIDAD

3 USO DE IOMA

05		ENTIDAD **PRIVADA CON** RELACIÓN DE DEPENDENCIA
06		ENTIDAD **PRIVADA SIN** RELACIÓN DE DEPENDENCIA
07		ENTIDAD **PÚBLICA CON** RELACIÓN DE DEPENDENCIA
08		ENTIDAD **PÚBLICA SIN** RELACIÓN DE DEPENDENCIA
09		ENTIDAD **PÚBLICA EN OTRA SITUACIÓN**

4 NÚMERO DE AFILIADO

5 APELLIDO Y NOMBRES

6 DOMICILIO — NÚMERO

7 LOCALIDAD AFILIADO DIRECTO — CÓDIGO

8 PARTIDO — CÓDIGO

9 PROVINCIA — CÓDIGO

10 TELÉFONO

11 E-MAIL

12 ESTADO CIVIL

1		SOLTERO
2		CASADO
3		VIUDO
4		DIVORCIADO
5		SEPARACIÓN LEGAL
6		SEPARACIÓN DE HECHO

13 FECHA DE NAC.

14 TIPO — CÓD. — NÚMERO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

USO DE IOMA

15 FECHA DE ALTA

16 NÚMERO DE LA ENTIDAD

FAMILIARES A CARGO	BARRA	EST.CIVIL			FECHA NAC.			CÓD. PAR.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD			CÓD. ALTA
		Sol	Cas	Con	DÍA	MES	AÑO		TIPO	CÓD	NÚMERO	

DOMICILIO DE LA ENTIDAD

CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO	NÚMERO	LOCALIDAD	PROVINCIA

LUGAR Y FECHA DE AFILIACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN AFILIADO DIRECTO

FIRMA RESPONSABLE IOMA

CERTIFICACIÓN DE FIRMA

(Deberá ser efectuada por la/s persona/s designada/s en el convenio celebrado entre el IOMA y la Entidad Adherida)

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a _____

fecha de ingreso a la Entidad_____.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE