



ANEXO 1

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO DEL PACIENTE: _____

AFILIADO N ° _____

DNI: _____

TITULAR: _____ **FAMILIAR** _____ (Marcar con una cruz)

TIPO DE FAMILIAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____

C. POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____

EMAIL: _____

N ° DE CUIT Y/ O CUIL (DEL TITULAR: _____

CUIT DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR: _____

DOMICILIO DEL EMPLEADOR: _____

FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL: _____

Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093

MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.discapacidad@gmail.com

FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.caba@gmail.com