



## SOLICITUD DE ADHESION AL CONVENIO CON A.M.F.F.A. SALUD ODONTOLOGÍA GENERAL

ENTIDAD PRIMARIA: .....

Código:.....

### Datos del Profesional

Matrícula Provincial N°.....

Apellido .....

Nombres .....

### Datos del Consultorio:

Calle y N°..... Teléfono.....

Código Postal..... Localidad.....Partido .....

### Declaración Jurada

Por la presente, presto mi adhesión y compromiso para brindar las prestaciones incluidas en el convenio con **AMFFA SALUD** (Capítulos de Odontología Gral.) – y acepto todas y cada una de las pautas, modalidades y condiciones previstas en el mismo (detalladas en la Cartilla Instructiva), comprometiéndome al estricto cumplimiento de las obligaciones que allí se consignan y **a no percibir suma alguna por fuera de los valores acordados por convenio.**

Lugar y Fecha:.....

.....

Firma y sello del Profesional

.....

Firma y Sello Entidad Primaria