



SOLICITUD DE ADHESION

Solicitud N°: _____
(Completar por ADEPACI)

Fecha: / /20

Apellido: _____ **Nombres:** _____ **Sexo:** F M

Fecha de Nacimiento: / / **Tipo y N° de Documento:** _____

Domicilio:

Calle: _____ n° _____ Piso _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Fax° _____ E-mail: _____

Datos del Grupo Familiar (Si correspondiere):

Carácter Conyuge / hijo etc	Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc.	Domicilio	Fecha Nac
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__

Datos del Prestador de Salud: (Marque con una cruz lo que corresponda)

OBRA SOCIAL

PREPAGA

NOMBRE: _____

N° Afiliado: _____ Plan: _____ (Si correspondiere especifique)

Grupo Familiar Comprendido: SI NO

Observaciones: _____

Complete este formulario y envíelo por FAX al (5411) 4322-5522
o bien por correo postal a: Tucuman 843 Piso 5° Oficina "I" Capital Federal, Republica Argentina.
Código Postal C1049AAQ

Procesamiento de Solicitudes

Dentro de las 48 horas de recibido este formulario Ud. será notificado de la aceptación por parte de ADEPACI de su calidad de socio adherente y se lo citará personalmente para refrendar su firma, entregarle su credencial, suministrarle copia del estatuto social y, en su caso, la constancia de exención del pago de la cuota anual. De esta manera, podrá gozar de los siguientes beneficios como socio adherente;

1. Asesoramiento integral para hacer valer su derecho a la salud.
2. Consulta a nuestra base de datos sobre centros asistenciales de salud, públicos o privados, especializados o no, de todo el país.
3. Notificación (Newsletter) sobre novedades legislativas referente a derechos del paciente.
4. Asistencia Jurídica de emergencia las 24 horas, los 365 días del año.
5. Invitación a eventos varios tales como conferencias, jornadas o simposios relacionados a temas de salud.
6. Clave y contraseña de acceso restringido a nuestro sitio de Internet.
7. Credencial de Asociado

Confidencialidad de datos

Toda la información personal o de terceros que se nos suministre, tal como casilla de correo electrónico, nombres y apellidos, contenido de consultas y/o cualquier otro dato personal serán mantenidos en forma absolutamente confidencial y no serán publicados, a menos que ADEPACI sea expresa y especialmente autorizado por el interesado. Todo ello en el marco de la ley 25.326 de Habeas Data y leyes y decretos complementarios.

Declaración de Voluntad del Asociado

Por la presente declaro que los datos consignados precedentemente son exactos y solicito mi adhesión como Socio Adherente a ADEPACI, Asociación Civil Argentina en Defensa del Paciente a efectos de gozar de los beneficios que la misma proporciona.

Firma

Aclaración