



....., de de

Señor
Presidente de la Comisión del
Departamento de Servicios Sociales (DSS)
Cámara Primera - C.P.C.E. de Santa Fe
PRESENTE

Por la presente el / la que suscribe.....
L.E./L.C./D.N.I. Nº..... nacido / a el / / de profesión con
Matrícula Nº domicilio en Calle
Nº de la ciudad / localidad de CP:.....
Departamento Teléfono
solicita a Ud. el Cambio de Plan de Cobertura y la confección del nuevo carnet de afiliado al DSS de esa Cámara y de los Integrantes de su Grupo Familiar en el Plan BASICO / GENERAL / PLUS, de acuerdo a las reglamentaciones vigentes, las cuales conoce y acepta en su totalidad. También está informado acerca de las facultades del DSS de modificar, total o parcialmente, o cancelar los planes de cobertura, prestando su acuerdo al respecto.

Asimismo, se compromete a devolver los carnet de afiliación anteriores a partir de la entrada en vigencia de la afiliación en el nuevo plan y a comunicar todo cambio de domicilio, como así también las modificaciones que se produzcan en la situación de los miembros de su familia, edad, estado civil, independencia económica, etc. En tal caso se procederá a la devolución del respectivo carnet.

Atentamente.

FIRMA

Aclaración de Firma

Importante: Si el domicilio del integrante del Grupo Familiar es distinto al del Afiliado Titular, consignarlo al dorso de la presente.

PARA LOS AFILIADOS VOLUNTARIOS E INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

No se los considera afiliados hasta tanto hayan realizado el examen médico de ingreso y presentando toda la documentación necesaria.