

ANEXO II



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

OSP. OBRA SOCIAL
PROVINCIA

CERTIFICADO DE ENTREGA DE MATERIALES

FECHA	APELLIDO Y NOMBRE AFILIADO	N° DE CARNET
DOMICILIO- LOCALIDAD		TELÉFONO

TIPO DE TRATAMIENTO / INTERVENCION		
MATERIAL:		
CANTIDAD	DESCRIPCION	
		MODELO:
		LOTE:
		N° SERIE:

FIRMA:		
ACLARACION:		
D.N.I.:		
FIRMA DE CONFORMIDAD DEL AFILIADO O FAMILIAR		

La firma del afiliado es obligatoria. Solo si interviene el profesional.

FIRMA:		
ACLARACION:		
EMPRESA:		
FIRMA DE LA ENTIDAD EN CASO DE ENTREGA POR EMPRESA PRESTADORA		

Solo en caso de entrega por ésta.

FIRMA:		
SELLO:		
MATRICULA:		
FIRMA DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE EN LA ENTREGA O COLOCACIÓN		

COLOCACION DE STICKERS	OBSERVACIONES(Aclarar si el material NO lleva stickers)