

ANEXO II

FORMULARIO DE DENUNCIA

FORMULARIO DE DENUNCIAN° _____

RECLAMO DEL AFILIADO POR: (Señalar con una cruz)

COBRO DE PLUS: PEDIDO DE ORDEN PARA SOLICITAR TURNO

NO RECIBE ORDEN DE CONSULTA: OTRO MOTIVO:

DATOS DEL DENUNCIANTE:

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

N° Afiliado _____ Domicilio _____ Localidad: _____

Teléfono/Celular: _____ E-mail: _____

DATOS DEL DENUNCIADO:

Profesional – Farmacia – Centro: _____

Fecha y Hora de Atención _____ Lugar del Hecho _____

Dispone Comprobante de Pago: **SI – NO** (Tachar lo que no corresponda).

Texto de la Denuncia:

- **AUTORIZO A APOS PARA HACER PUBLICA LA DENUNCIAS** **SI** **NO** (Tachar lo que no corresponda).

Firma y Aclaración _____

VERIFICACION DE IDENTIDAD DEL DENUNCIANTE **SI** **NO** (Tachar lo que no corresponda).

VERIFICACION DE AFILIACION HABILITADA **SI** **NO** (Tachar lo que no corresponda).

Firma y sello del Responsable del Area

La Rioja, _____ del mes de _____ del año 20__.