

Apellido y Nombre del Titular <input style="width:100%;" type="text"/>			Historia Clínica <input style="width:100%;" type="text"/>		Empresa <input style="width:100%;" type="text"/>	
Domicilio Postal (Donde recibe nuestra facturación) <input style="width:100%;" type="text"/>			CA <input style="width:100%;" type="text"/>			
Código Postal <input style="width:100%;" type="text"/>	Localidad <input style="width:100%;" type="text"/>	Teléfono <input style="width:100%;" type="text"/>	Obra Social <input style="width:100%;" type="text"/>			
Domicilio de Residencia (Donde vive) <input style="width:100%;" type="text"/>			Fecha de Ingreso <input style="width:100%;" type="text"/>		Profesión <input style="width:100%;" type="text"/>	
Código Postal <input style="width:100%;" type="text"/>	Localidad <input style="width:100%;" type="text"/>	Teléfono <input style="width:100%;" type="text"/>	Tipo y N° de Documento <input style="width:100%;" type="text"/>		Sexo <input style="width:100%;" type="text"/>	
			CUIL <input style="width:100%;" type="text"/>		Promotor <input style="width:100%;" type="text"/>	

Edades y Cuotas: PLAN MEDICO INTEGRAL ETAPAS (Planes Terminados en 9) Cuota Base de 0 a 6 años. De 7 a 17 años: 15% de bonificación. De 18 a 29 años cuota base. Al cumplir 30, 40, 50, 60 y 70 años se incrementará 30% sobre la cuota del segmento etario anterior. Los incrementos se aplicarán a todos y cada uno de los afiliados.

NOTIFICADO TITULAR de la CUENTA:

Promoción por 1 año. 10% de descuento sobre las cuotas vigentes, con cuota al día. TOMO CONOCIMIENTO:	Promoción por 2 años. 20% de descuento sobre las cuotas vigentes para grupo familiar menor de 49 años, con cuota al día y sin modificación de su grupo familiar. TOMO CONOCIMIENTO:
---	---

HISTORIA CLINICA	APELLIDO Y NOMBRES DE PERSONAS A CARGO	FECHA INGRESO	CA
-			
-			
-			
-			
-			
-			
	1	4	CONVENIO:
	2	5	
	3		

CORREO ELECTRONICO:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS

Entre los Sres. CENTRO DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACIONES CLINICAS NORBERTO QUIRNO (C.E.M.I.C.), con domicilio en la Avda. Las Heras 2939, Capital Federal, en adelante **CEMIC**, por una parte y....., con domicilio en la calle de en adelante el **AFILIADO**, por la otra, convienen en celebrar el presente contrato de prestación de servicios médicos, el que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El **CEMIC** se compromete a brindar asistencia médica al **AFILIADO** dentro de las condiciones detalladas en el **REGLAMENTO GENERAL DE AFILIACION** en vigencia y en cada **PLAN DE AFILIACION** en particular, recibiendo el Afiliado en este acto un ejemplar del Reglamento mencionado y de las Condiciones Particulares del Plan de Afiliación contratado, cuyas cláusulas declara conocer y aceptar.

SEGUNDA: Toda modificación o incorporación de nuevas normas o condiciones al **REGLAMENTO GENERAL** o al **PLAN DE AFILIACION** contratado, serán comunicados al **AFILIADO** titular por las formas habituales de comunicación con una antelación no menor a 60 (sesenta) días, siempre que no mediaren situaciones extraordinarias, imprevisibles y ajenas a la voluntad del CEMIC que obliguen a abreviar dicho plazo. Durante el lapso de 60 (sesenta) días contados desde la notificación, el **AFILIADO** tendrá derecho a rescindir el contrato sin penalidad, entendiéndose que acepta las nuevas cláusulas contractuales en caso de no hacerlo.

TERCERA: El presente contrato se celebrará por tiempo indeterminado, pudiendo ser rescindido sin expresión de causa por el **AFILIADO**, en un todo de acuerdo a lo dispuesto por el art. 4 del Reglamento General o por el **CEMIC** por las causales definidas en el mencionado reglamento. En caso de rescisión contractual, el afiliado deberá devolver sus credenciales y las de su grupo familiar al **CEMIC**.

Dado y firmado en la Ciudad de Buenos Aires, a los días del mes de..... de 20.....-

FIRMA AFILIADO TITULAR:..... ACLARACION DE LA FIRMA:.....

POR C.E.M.I.C.:.....

DÉBITO AUTOMÁTICO T.C. Cta. Cte. / C. A.

ABONO CUOTA por Recibo N°..... IMPORTE: \$

Autorizo al CEMIC a facturar la cuota del mes de de 20..... Notificado.....