



ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA SALTEÑA

Requisitos para el ingreso como socio de la Institución

- 1.- Fotocopia de Título Profesional debidamente sellado por Ministerio de Educación de la Nación y del Interior.
- 2.- Fotocopia Matrícula Profesional o Constancia del Colegio de Odontólogos de Salta.
- 3.- Habilitación de Consultorio o Extensión de Consultorio emitido por el Colegio.
- 4.- Fotocopia de Inscripción en AFIP y DGR si comienza a trabajar con Obras Sociales.
- 5.- Fotocopia del DNI, y una Foto 4 x 4.
- 6.- Formularios adjuntos.
- 7.- DDJJ manifestando que no trabajo ni me encuentro autorizado a trabajar con Gerenciadoras, empresas intermediarias, etc, ni con Obras Sociales que no tengan convenio con la Institución.
- 8.- **Socios con más de seis (6) meses de recibido, presentar nota a Comisión Directiva informando las actividades realizadas hasta la fecha de presentación de la documentación (Antecedentes societarios, lugar de trabajo, etc.)**

- Cuota inscripción: \$ 50.200 (4 meses de Bonificación)
- Cuota mensual Capital: \$ 50.200
- Cuota mensual Interior: \$ 43.400
- Seguro Mala Praxis (Sancor Seguros): \$ 6.500.- Opcional

AFIP: Deán Funes 190

DGR: España 625

Salta,.....de.....de..... –

Sr. Presidente
Asociación Odontológica Salteña
Presente

De mi consideración:

Me dirijo a Ud., y por su intermedio a la Comisión Directiva, a fin de manifestar – libre y voluntariamente – que acepto, por compartirlos todos, los principios doctrinarios y gremiales sostenidos y defendidos por esa Asociación, por el Colegio de Odontólogos de Salta y por la Confederación Odontológica de la República Argentina.

En tal sentido manifiesto que cualquier tipo de contratación con las Obras Sociales, Mutuales, Prepagas, Clínicas Odontológicas y/o cualquier otra Empresa de Salud (como prestador, contratado, etc) las realizaré exclusivamente a través de la ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA SALTEÑA, por cuanto ello otorga igualdad de todos los profesionales de acceder a las fuentes de trabajo; posibilitando asimismo a los beneficiarios, la facultad de elegir libremente al prestador; con lo cual, a su vez, se fortalece la unidad gremial de los odontólogos, para que pueda actuar válidamente y con la fuerza que da el conjunto, en la defensa de todos los intereses de los asociados, finalidad de esta Asociación Odontológica Salteña.

Consecuentemente, para el supuesto de incumplir con el compromiso precedentemente asumido o de falsear la DDJJ que se adjunta con la presente, acepto desde ya someterme a los procedimientos disciplinarios pertinentes, ya que tal incumplimiento constituye una grave falta ética gremial.

Saludo a Ud. atentamente. -

Firma y aclaración:

Mat. Prof. Nº:

Salta,.....de.....de.....-

Sr. Presidente
Asociación Odontológica Salteña
Presente

De mi consideración:

Me dirijo a Ud., atento a lo dispuesto por el Art. 13 del Decreto Nº 2155/93, con el objeto de manifestar en forma expresa mi voluntad de que la ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA SALTEÑA perciba mis honorarios profesionales de la Obra Sociales contratantes de nuestros servicios odontológicos por vuestro intermedio.

Del mismo modo AUTORIZO a que se retenga de mis honorarios el porcentaje que la Comisión Directiva prevea para gastos administrativos; y a que la Asociación me represente en la celebración de nuevos contratos y/o renegociación de anteriores a la fecha.

Saludo a Ud. atentamente.-

Firma:.....

Aclaración:.....

Mat. Prof. Nº:

Dejo Constancia que la presente firma ha sido puesta en mi presencia.-

ASOCIACION ODONTOLOGICA **SALTEÑA**

CONSTANCIA

----- Por la presente me notifico que como socio ingresante de la A.O.S., no puedo integrar actualmente el plantel de prestadores del I.P.S.S., ya que la Obra Social dispuso a partir del Acta firmada el 01/07/02, la NO incorporación de nuevos prestadores.-----

----- Asimismo me notifico que no puedo pertenecer simultáneamente a otra Institución Odontológica de la Provincia.-----

Firma de conformidad:.....

Aclaración:.....

Mat. Prof. N°:.....

Salta,de.....de.....-

DECLARACIÓN JURADA (DDJJ)

----- Por la presente con el carácter de Declaración Jurada (DDJJ), me notifico que como **socio activo y/o ingresante** de esta A.O.S., no presto ni me encuentro autorizado a prestar servicios profesionales en forma directa a Obras Sociales, Obra Sociales con servicios propios, Mutuales, Pre-Pagas, Clínicas Odontológicas y/o cualquier otra Empresa de Salud, que tengan o no convenio suscripto con la AOS. -----

----- Asimismo, me comprometo a presentar toda la Facturación de Obras Sociales mediante el **Sistema de Gestión Odontológico de la AOS**, caso contrario reconozco que no me serán liquidados mis honorarios profesionales. -----

Firma de conformidad:.....

Aclaración:.....

Mat. Prof. N°:.....

Salta,.....de.....de 20.....-