

Para ser presentado ante:

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS PROVINCIA DE BUENOS AIRES; a los fines de realizar la revisión médica correspondiente, previa a la Matrícula de:

Dr./a:.....DNI.....

Para cumplimentar por el Colegio:

Lugar y Fecha: Boulogne,...../...../ 20..... Firma y Sello:.....

Para cumplimentar por la Caja: Afiliado N° Dirigirse a:

- Aguilar 2305 CABA Te. 4780-0828/1038
Turnos: www.institutodeurologia.com.ar
Días de atención: Lunes y Miércoles de 14 a 20 hs.
- Córdoba 2547 Olivos Te. 4799-7000/0077
Turnos: www.grupomedicodelhuerto.com
Días de atención: Martes y Jueves de 14 a 20 hs.

Enviar **HISTORIA CLINICA** junto al resto de la documentación