

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE
ELEMENTOS DE FISIATRIA**

DATOS DEL AFILIADO

Nº DE BENEFICIARIO												G.P.			
APELLIDO Y NOMBRES															
DOCUMENTO	TIPC	Nº						EDAD			SEXO	M	O	F	O
CALLE				NUMERO				PISO		DPTO.					
BARRIO															
COD.POSTAL				TELEFONO											
CONTACTO DE REFERENCIA										TELEFONO					
FECHA DE SOLICITUD															
DIAGNOSTICO															
(Según CIE 10)															
PESO		Kg.		TALLA											
		SI O				SI O									
AMPUTADO		NO O		BIAMPUTADO		NO O									
OBSERVACIONES															

ELEMENTO SOLICITADO (ver opciones de elemento al dorso)

DESCRIPCION CODIGO

SELECCIONAR FORMA DE ENTREGA
 (solo para AGENCIA que NO posea acceso al sistema de carga on line)

ENVIO A DOMICILIO

CALLE						Nº		PISO		DEPTO.					
BARRIO															
LOCALIDAD										CP					
DIA DE ENTREGA				LU	MA	MI	JU	VIE	SA	DO	DESDE:		HASTA:		Hs.
RETIRAR EN AGENCIA				<input type="radio"/>				NOMBRE DE LA AGENCIA				UGL			
RETIRAR EN MINIBANCO <input type="radio"/>															

FIRMA AFILIADO

FIRMA MEDICO

REQUISITOS: FOTOCOPIA DOCUMENTO DEL TITULAR Y DEL GARANTE
 FOTOCOPIA DEL RECIBO DE COBRO *TITULAR*
 CONTRATO DE COMODATO POR TRIPPLICADO