DOSEP
UN PUENTE ENTRE LA SALUD Y VOS

GOBIERNO DE SAN LUIS | SAN LUIS NOS UNE

RECLAMO DE AFILIADO POR: (señalar con una cruz)

COBRO DE PLUS ☐ PEDIDO DE ORDEN PARA SOLICITAR TURNO ☐

NO RECIBE ORDEN WEB ☐ OTRO MOTIVO ☐

Lugar: ..... Fecha: .....

Quien suscribe sr./sra. ..... se dirige a D.O.S.E.P. en su caracter de afiliado/a con el fin de informar la irregularidad que se detalla a continuación:

Datos del prestador / institución:

Datos del prestador / Institución: .....

Fecha de atención: ..... Domicilio: .....

Localidad: ..... Teléfono: .....

Observaciones:

Autorizo a D.O.S.E.P. para remitir una copia del presente documento ante quien corresponda: SI ☐ NO ☐

....

Firma Aclaración DNI

....

Teléfono E-mail