

Buenos Aires, 24 de junio de 2024

## **CIRCULAR INFORMATIVA N° 85**

Sr./a. Presidente  
de Entidad Primaria  
Su despacho

**Ref. A.M.F.F.A.  
Reempadronamiento**

---

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Usted, en virtud a un expreso requerimiento efectuado por las autoridades de **A.M.F.F.A. SALUD**, de poder contar con un padrón de profesionales fidedigno y que brinden la atención acorde con las normativas vigentes.

A tal efecto, hemos resuelto efectuar un reempadronamiento para poder conformar el padrón solicitado, se acompaña adjunto a la presente la **Ficha de Adhesión** para ser cumplimentada por el/la profesional que desee figurar en el respectivo listado.

**Fecha límite para la entrega en esta F.O.P.B.A. 5/07/24**

Sin otro particular y a la espera de una pronta difusión entre los prestadores del sistema, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.



*Dr. Hugo Zamora*  
Vice Presidente



*Dr. Rubén Manes*  
Presidente



*Dr. Sebastián Minicarelli*  
Secretario



*Dra. Griselda Tejo*  
Tesorera



# SOLICITUD DE ADHESION AL CONVENIO CON A.M.F.F.A. SALUD

## ODONTOLOGÍA GENERAL

ENTIDAD PRIMARIA: .....

Código:.....

<b><u>Datos del Profesional</u></b>	<b>Matrícula Provincial Nº</b> .....
Apellido .....	Nombres .....

<b><u>Datos del Consultorio:</u></b>	
Calle y Nº.....	Teléfono.....
Código Postal.....	Localidad.....Partido .....

### **Declaración Jurada**

Por la presente, presto mi adhesión y compromiso para brindar las prestaciones incluidas en el convenio con **AMFFA SALUD** (Capítulos de Odontología Gral.) – y acepto todas y cada una de las pautas, modalidades y condiciones previstas en el mismo (detalladas en la Cartilla Instructiva), comprometiéndome al estricto cumplimiento de las obligaciones que allí se consignan y **a no percibir suma alguna por fuera de los valores acordados por convenio.**

Lugar y Fecha:.....

.....

Firma y sello del Profesional

.....

Firma y Sello Entidad Primaria