

 OBRA SOCIAL DEL PAPEL	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS	
	Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed	Tel: 4126-0900
	mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar	
DECLARACION JURADA DE AFILIACIONES		
Lugar: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> con D.N.I. N.º <input type="text"/> actualmente NO se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.		
<p>Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72 hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importara el derecho de la Obra Social del Personal del Papel Carton y Químicos, de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.</p>		
Firma del afiliado titular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre y apellido	DNI	