

Datos del paciente

Por medio de la presente se autoriza a: apellido y nombre:		
Edad	D.N.I.	Relación o parentesco con el Titular
Por medio de la presente se autoriza a: A suscribir un Crédito Asistencial ante el Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (IOSPER) en razón de no poder concurrir a dicho Instituto por motivo:		

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:	Edad	D.N.I.
Dirección	Localidad	
E-mail de contacto	Teléfono	

Fecha, firma y aclaración