Traslado de ambulancia
Formulario de solicitud

OSER
OBRA SOCIAL DE ENTRE RÍOS

Información del afiliado

Nombre y apellido			DNI	
Domicilio			Localidad	Edad
Fondo Voluntario	CUD	¿El afiliado es autoválido?	Oncológico	Tel. de contacto (obligatorio)

Tipo de traslado

☐ Alta complejidad ☐ Alta complejidad urbano ☐ Alta complejidad neonatal pediátrica ☐ Mediana complejidad

☐ Mediana complejidad urbano ☐ Baja complejidad ☐ Baja complejidad urbano (ida) ☐ Baja complejidad urbano (ida y vuelta)

Cantidad de traslados

Salida desde (localidad)			Llegada a (localidad)		
Domicilio	Fecha	Hora	Domicilio	Fecha	Hora

Conformidad del Establecimiento

Fecha	Hora	Sello	OBSERVACIONES

Form. 05 - 599

Traslado de ambulancia
Formulario de solicitud

OSER
OBRA SOCIAL DE ENTRE RÍOS

Información del traslado

☐ IDA ☐ IDA Y VUELTA Km. recorridos

Delegación	Empresa	Afiliado
Fecha ..... Firma y sello	Fecha ..... Firma y sello	Fecha ..... Firma .....