



UnTER - FICHA AYUDA SOLIDARIA ODONTOLOGICA.

mail:odontologiasocial26@gmail.com teléfono 2984647996 –Av. Roca 595 – G. ROCA- FISKE MENUCO (RN)

Datos:

Nombre y Apellido:.....D.N.I.:

Nº Afiliado IPROSS: Nº afiliado a UnTER:

Domicilio:.....Tel:..... E-mail:

Localidad:.....Lugar donde presta servicio:.....

Marcar con una cruz:

Afiliadx Activo ____ Afiliadx Retiradx ____

Afiliadx Jubiladx ____

Prácticas contempladas:

- 1- Prótesis odontológicas.
- 2- Coronas y rehabilitación bucal.
- 3- Tratamientos de conducto.
- 4- Implantes odontológicos.
- 5- Cirugías odontológicas.
- 6- Tratamientos de ortodoncia.
- 7- Tratamientos de rehabilitación oral.
- 8- Otras prácticas odontológicas de costo significativo que sean consideradas necesarias.

TRATAMIENTO A REALIZAR	PIEZA	VALOR	TRATAMIENTO A REALIZAR	PIEZA	VALOR
			IMPORTE TOTAL		\$

Datos del Prestador:

Apellido y Nombre: M.P. Nro.:

Domicilio:Localidad:Teléfono:.....

.....
Firma y Aclaración del TitularFirma y Sello del Profesional Tratante

Información para Retiradxs y Jubiladxs: Se informa CBU y ALIAS de UnTER, para realizar la transferencia de cada cuota más los gastos administrativos correspondientes a las mismas. Comunicarse al número 2984162512 para saber el importe a transferir.

ALIAS: ESPEJO.SAL.LANZA
CBU: 0340220900220001248029
CUENTA: CC \$ 220-220001248-002
CUIT: 30-62678665-7

