

**Sr/a. Gerente de Control Prestacional de la
Superintendencia de Servicios de Salud**

S _____ / _____ D

Ref: Contratos Prestacionales

De nuestra consideración:

En mi carácter de _____ y _____ (Autoridad) de la Obra Social _____, RNOS N° -_____-_____, CUIT _____-_____-_____, Teléfono N.º _____, con dirección en _____ y correo electrónico _____, en cumplimiento de la normativa vigente, adjuntamos el contrato celebrado para la prestación de servicios médicos asistenciales a nuestros afiliados, copia en original firmada por el prestador y la Obra Social.

PROFESIONAL, ESTABLECIMIENTO O RED. // CUIT:

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración que estime pertinente.

Atentamente.