Nº Padrón

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

Cuota salud - Ley a estudio del Poder Legislativo

A - IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO **Cédula de Identidad**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Domicilio (calle)	Nº	Block	Torre	Manzana	Solar

Departamento	Localidad	Teléfono

B- DECLARACION DE COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA ACTUAL

Marque con una X la modalidad correspondiente

MODALIDAD		**ESPECIFIQUE LUGAR DONDE SE ATIENDE**
Socio Particular		
Socio Disse		
Caja Auxilio o Seguro convencional		
Intendencia Municipal de		
Banca Oficial o Privada		
Hospital Militar o Policial		
Salud Pública		
Otros		