



MF.06 – Declaración Jurada Denuncia Cobro de Plus

Por medio del presente, y en mi calidad de socio de la Mutual Provincial de Luz y Fuerza de Santa Fe, afiliado a OSFATLYF, dejo expresa constancia del cobro de importes adicionales por parte del Prestador señalado, de acuerdo al detalle indicado a continuación.

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCIÓN			
Nombre del Prestador y/o Institución:		Fecha de Atención:	/ /
Nombre del Profesional:		Especialidad:	
Domicilio:		Localidad:	Teléfono:
Monto Solicitado:		Monto Efectivamente Abonado:	
Concepto de la suma:			
El Prestador tomó Orden de Mutualyf: (Marcar s/corresponda)	Sí / No	Número de Orden: (De corresponder)	
El Prestador emitió factura por la suma abonada: (Marcar s/corresponda)	Sí / No		
Observaciones:			
Autorizo a Mutualyf a remitir copia del presente a quien corresponda:	Sí / No		

En Santa Fe, a los días del mes de del año -.-.

Firma Afiliado
Aclaración
DNI
Teléfono Contacto:
Correo Electrónico: