

**SOLICITUD DE INGRESO PARA LA CONTRATACIÓN DE UN
PLAN DE SALUD DE GRUPO FAMILIAR.**

En la ciudad de Mar del Plata el día...del mes de,
quien suscribe al pie: DNI
..... CUIT con domicilio en
calle Nro:de la ciudad
de Mar del Plata, en adelante el solicitante, viene por medio del
presente a realizar a la Fundación Médica de Mar del Plata, una
solicitud de ingreso para la contratación como titular del plan
denominado, en las condiciones de cobertura del mismo y
conforme las reglas que se enuncian en el REGLAMENTO GENERAL
DE SERVICIOS Y CONDICIONES GENERALES DE
CONTRATACIÓN, ambos publicados en el sitio web del Hospital
Privado de Comunidad www.hpc.org.ar, incluyendo a los siguientes
beneficiarios, cuyos datos constan en la respectiva Declaración
Jurada:-----

1. TITULAR:
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Con la presente solicitud se entrega
una declaración jurada particular por cada uno de los beneficiarios del
grupo familiar cuya incorporación se solicita, para que se proceda a
su análisis por parte de La Fundación Medica de Mar del Plata. -----

El solicitante declara conocer, aceptar y comprender las condiciones
de afiliación enunciadas en el Reglamento General y anexo
correspondiente al plan pretendido y expresamente mencionado en
este acto. Reconoce que se le ha informado con anterioridad que la
Fundación Médica de Mar del Plata evaluará los datos requeridos en
este formulario de solicitud de ingreso y en la declaración jurada de
enfermedades presentada coetáneamente con la finalidad de
expresar su decisión con relación a la oferta cursada para la
contratación de sus servicios. Si bien las respuestas al cuestionario
son voluntarias, su omisión y/o inexactitud puede obstaculizar, sin
más, la aceptación de la solicitud por parte de la Fundación Médica
de Mar del Plata. Los datos serán almacenados en la base de datos
de la misma, sita en calle Córdoba N° 4545 de esta ciudad y
resguardados según sus políticas de seguridad. Por último, se deja
constancia de que el solicitante tiene la posibilidad de ejercer los
derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos conforme
con los arts. 6,14,16,17 y concordantes de la ley 25.326. La Dirección
Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la
ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos

que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. -----

En base a esta solicitud, se declara también qué en el caso de ser aceptado, constituirá la base de un contrato que será instrumentado y suscripto separadamente por las partes en el momento de perfeccionarse la aceptación, incluyendo a los beneficiarios con capacidad jurídica habilitante. -----

Se peticiona a La Fundación que analice esta propuesta en base a lo requerido quedando a la espera de una respuesta. -----

Nombre y apellido del solicitante:

Aclaración:

DNI: