

*En mi carácter de Afiliada/o al Sistema de Atención de la Salud, expresamente manifiesto que adhiero a las Normativas y Resoluciones vigentes referidas a la derivación al Hospital Italiano de Buenos Aires para pacientes oncológicos y me comprometo a abonar las diferencias que pudieran surgir, en concepto de coseguro, entre la facturación que emita el precitado prestador y el valor que por las mismas prestaciones reconozca el Sistema de Atención de la Salud según los convenios prestacionales vigentes con prestadores de la provincia de Entre Ríos, al momento de originarse la atención médica.*

*Declaro conocer que para la prestación requerida el Sistema de Atención de la Salud ofrece cobertura del 100%, a cargo del Sistema, en otros prestadores de reconocida trayectoria y calidad prestacional de la provincia de Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires y que, aún teniendo tal posibilidad, prefiero ejercer la opción para ser atendida/o en el Hospital Italiano de Buenos Aires.*

*De tal manera asumo a mi cargo el costo adicional que ello implica, que se expresará como coseguro liquidado por el SAS, el cual me obligo a cancelar en forma inmediata –con más los accesorios que pudieran corresponder- ante el sólo requerimiento del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos*

*En la Ciudad de....., a los.....días del mes de..... del año.....*

**Firma, domicilio y DNI del afiliada/o titular**