



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Informe

Número:

Referencia: EX-2025-54654482- -APN-GDYAISS#SSS ANEXO III

ANEXO III

Buenos Aires ... de 202...

Al Gerente General de la SSSalud.

.....

S/D

De mi mayor consideración:

El Sr/a como responsable agente del Seguro de Salud, me dirijo a Ud. a los fines de considerar dar el alta al “**Programa de Adhesión Voluntaria para la Adquisición de Medicación de Alto Costo – EMICIZUMAB**”, al afiliado que se detalla a continuación:

Nombre y Apellido:

Nº de afiliado:

Fecha de alta a la O Social:

Fecha de inicio del tratamiento:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

C.U.I.L.:

Sexo:

Peso (expresados en Kg):

Domicilio:

Dosis (mg/kg de peso):

Localidad:

T.E de contacto:

Correo electrónico:

Casilla de Correo electrónico del Agente del Seguro Nacional de Salud

(donde se reciba notificaciones de Comisión de Hemofilia):

Los datos enunciados precedentemente son ciertos y conllevan el carácter de Declaración Jurada, quedando expresamente notificado que su falseamiento será pasible de acciones administrativas y penales que correspondan

.....

Firma del presidente o apoderado de la Obra Social

(Certificada por Escribano Público)