

___ de _____ de _____

Certificamos que el Afiliado: _____ DNI: _____

Servicios Sociales nº: _____ y su grupo familiar están comprendidos dentro del Plan Especial.

Se entrega el presente, para ser presentado ante las autoridades que correspondan.

Cuya validez vence el día: ____/____/____



Claudio Bustos
Secretario S. S. Sociales

FORM006

___ de _____ de _____

Para ser presentada ante quien corresponda, y a los efectos de la utilización de la Atención Médica en carácter transitorio, ponemos en nuestro conocimiento que:

El Cro./Cra.: _____ DNI _____

Carnet de Mutualyf nº: _____

Es afiliado a nuestra Obra Social, por lo tanto le agradecemos la prestación de los Servicios Asistenciales y/o las primeras curas derivadas de ellos.

Familiares a cargo del compañero:

Nombre y Apellido _____ DNI _____

En caso de cualquier consulta o comunicación respecto a esta atención. La Secretaría de Servicios Sociales de Mutualyf, o el Centro Médico respectivo podrá dirigirse al siguiente domicilio:

Calle: España 1183 Localidad: Rosario Provincia: Santa Fe

Te: 0341-480-3804/3805/3806 int. 108 o 109



Claudio Bustos
Secretario S. S. Sociales

FORM006