

Formulario de denuncia de casos de Mala Praxis

Mutual de Médicos de Gral. San Martín y Tres de Febrero - Colegio de Médicos Distrito IV

Nº DE PROCESO:

NOMBRE Y APELLIDO:

M.P.

M.N.

Nº SOCIO:

INICIO DE COBERTURAS	FECHA	COBERTURA S/N
MUTUAL:		
F.A.S Colegio de Médicos Dist. IV:		
Médicos Municipales:		
OTROS		

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE	Nº	PISO	DTO	C.P.	TELEFONOS
LOCALIDAD				CELULAR	

DOMICILIO PROFESIONAL

CALLE	Nº	PISO	DTO	C.P.	TELEFONOS
LOCALIDAD					

DEMANDA JUDICIAL

Departamento Judicial	Juzgado	Secretaria	Fuero (Civil Penal)	Fecha del hecho

CARATULA DEL JUICIO

ACTOR/ES O QUERELLANTE/S

OTRO/S DEMANDADOS O QUERELLADOS

OPCION POR ASISTENCIA JURIDICA MUTUAL O F.A.S. DIST. IV

En caso de tener cobertura de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires el afiliado debe efectuar la comunicación en dicha Institución dentro de las 48 hs. De recibida la demanda, siendo defendido por los abogados de la misma.

DOCUMENTACION ENTREGADA (FOTOCOPIAS)

	SI	NO	Cantidad Carillas
Cédula Judicial de Notificación			
Copias Adjuntas a la Cédula			
Relato de los Hechos por el Médico			
Otros			

OBSERVACIONES DEL DENUNCIANTE

Firma y Aclaración
Receptor

Fecha:...../...../.....

Firma y Aclaración
Denunciante

Fecha:...../...../.....

OBSERVACIONES DEL RECEPTOR
