

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

-ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES-

En la ciudad de de de

El que suscribe **Dr/a.** en
carácter de **DIRECTOR** de sito en
la calle **CERTIFICA** que el Dr./Sra.:

.....
Apellido y Nombre

.....
N° LC/LE/DNI

Se encuentra internado/a en este Establecimiento desde el día.....

Matrícula del beneficiario n°:

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO
DONDE SE ENCUENTRA INTERNADO

Firma y Sello del DIRECTOR

FT 006 REV. 000

IMPORTANTE: La presente constancia debe ser presentada ante la **Caja de Previsión y Seguro Médico de la Pcia. de Buenos Aires acompañado por un Certificado Médico extendido por el médico tratante, SIN EXCEPCIÓN.**