

## SOLICITUD DE ADHESIÓN A DATANET PARA COBRO DE REINTEGROS

Estimado Afiliado:

Para solicitar la adhesión al Sistema DATANET, es necesario que complete todos los ítems del siguiente formulario y lo envíe por fax al **(011) 4318-3963**, o a **tesoreria@osdipp.com.ar**, o lo entregue personalmente en nuestras sedes.

**1) Marque solo un Banco, donde posea una cuenta en pesos, y desee que le depositemos el pago por los reintegros de gastos médicos:**

<input type="checkbox"/> Banco Ciudad de Buenos Aires	<input type="checkbox"/> Banco del Tucumán S.A	<input type="checkbox"/> Banco San Juan
<input type="checkbox"/> Banco Comafi	<input type="checkbox"/> Banco Finansur	<input type="checkbox"/> Banco Santa Cruz
<input type="checkbox"/> Banco Credicoop Coop Ltda.	<input type="checkbox"/> Banco Galicia	<input type="checkbox"/> Banco Santiago del Estero (BSE)
<input type="checkbox"/> Banco de Chubut	<input type="checkbox"/> Banco Hipotecario S.A	<input type="checkbox"/> Banco Supervielle
<input type="checkbox"/> Banco de Córdoba (BANCOR)	<input type="checkbox"/> Banco Industrial (BIND)	<input type="checkbox"/> BBVA
<input type="checkbox"/> Banco de Corrientes	<input type="checkbox"/> Banco Itaú	<input type="checkbox"/> BNP Paribas
<input type="checkbox"/> Banco de Entre Ríos	<input type="checkbox"/> Banco Macro	<input type="checkbox"/> HSBC
<input type="checkbox"/> Banco de la Nación Argentina	<input type="checkbox"/> Banco Mariva	<input type="checkbox"/> ICBC
<input type="checkbox"/> Banco de La Pampa	<input type="checkbox"/> Banco Masventas (BMV)	<input type="checkbox"/> Nuevo Banco del Chaco
<input type="checkbox"/> Banco de la Provincia de Bs As	<input type="checkbox"/> Banco Municipal de Rosario	<input type="checkbox"/> Santander
<input type="checkbox"/> Banco de Santa Fé	<input type="checkbox"/> Banco Patagonia	<input type="checkbox"/> Otro: .....
<input type="checkbox"/> Banco de Tierra del Fuego	<input type="checkbox"/> Banco Provincia del Neuquén (BPN)	

**2) Nombre o denominación de la Sucursal**.....

**3) Número de la Sucursal**.....

**4) Titular de la cuenta** *(Debe ser el nombre exacto con que fue dada de alta la cuenta)*

.....

**5) Número de CUIT/CUIL del titular de la cuenta**.....

**6) Tipo de cuenta (en pesos)** Caja de Ahorro  Cuenta Corriente

**7) Número completo de la cuenta**

.....

**8) Número de C.B.U.**

.....

**9) Dirección de e-mail.** Mediante esta única vía confirmaremos fecha del depósito, importe depositado y, si lo hubiere, los débitos realizados.

.....

**Por favor, adjunte al presente formulario una copia del encabezado o sección de su resumen bancario, donde figure el CBU.**

**N° de Credencial**.....

**Firma:**.....

**Fecha:** .....

**ANEXO I**

**Condiciones de suscripción al sistema de pago DATANET**

Entre la Obra Social para el Personal de Dirección de la Industria Privada del Petróleo, en adelante OSDIPP, y .....  
Credencial N° ..... en adelante el Afiliado, se conviene el siguiente acta acuerdo con el objeto de implementar el pago de reintegros mediante el sistema DATANET.

1- El Afiliado se compromete a mantener actualizados los datos declarados en relación a la cuenta bancaria donde recibirá los reintegros a efectuar por OSDIPP.

2 - En el caso que por equivocación de la Obra Social, el Afiliado reciba un pago que no le correspondiera, este se compromete a informarlo a OSDIPP, a quien reintegrará en forma inmediata el mismo.

3 - Ante la posibilidad de que inconvenientes informáticos, ajenos a OSDIPP, afectaran el normal desarrollo de este sistema de pago, el Afiliado exime expresamente a OSDIPP de toda responsabilidad en este aspecto.

De la misma manera OSDIPP se compromete a arbitrar todos los medios que estuvieren a su alcance para subsanar el contratiempo y abonar el importe correspondiente a la brevedad posible.

Habiéndome notificado detalladamente de las cláusulas enunciadas precedentemente, doy mi conformidad y autorizo a OSDIPP para que a partir de la fecha, el importe correspondiente a los bienes o servicios brindados, sea depositado en la cuenta bancaria informada.

Lugar:..... Fecha:..... de..... de.....

Firma del Afiliado.....

Aclaración.....

N° de credencial.....

N° de CUIT o CUIL.....