

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 mail 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"/> Galicia Más |
| <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.....