

DOCUMENTO DE ADHESION AL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA Y EL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA.

DATOS DEL LOGOPEDA:

Apellidos y nombre: _____
Dirección: _____ N° de Teléfono: _____
N° de fax: _____ N° colegiado: _____ Dirección correo electrónico: _____

DATOS DEL CENTRO SANITARIO EN EL QUE EL LOGOPEDA PRESTA SUS SERVICIOS:

Nombre comercial: _____
Código Inscripción Sanidad: _____
Titular del centro sanitario: _____
Dirección: _____ N° de Teléfono: _____
N° de fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____
DIDña.: _____

cuyos datos se reflejan en la cabecera de este documento, **DECLARA:**

Que conoce el texto íntegro del Convenio firmado entre el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha para tratamientos de Foniatría y Logopedia, y cumple los requisitos establecidos en el mismo.

Que en virtud del contenido de dicho acuerdo, acepta atender a los pacientes derivados por el SESCAM, para recibir tratamientos de Foniatría y Logopedia.

Que se compromete a atender a los pacientes en un plazo nunca superior a 15 días laborables para pacientes en régimen ambulatorio, 6 días laborables para pacientes hospitalizados y 72 horas para pacientes urgentes.

Que una vez finalizado el tratamiento entregará al paciente informe clínico de alta.

Que en ningún caso facturará tarifas superiores a las legalmente establecidas por el SESCAM, en la fecha que se realiza el tratamiento.

Que en caso de incumplimiento de lo establecido en el Convenio, acepta ser excluido del mismo.

Que acepta los demás extremos que se contemplan en el ya citado Convenio, por lo que solicita la ADHESION al mismo.

En _____ a _____ de _____ de 20

Firma del solicitante

 