Paraná, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de 2018.-

 Por medio de la firma del presente documento, el Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con D.N.I. Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CERTIFICA que en este acto se procede a realizar la entrega mediante el Servicio de Farmacia del Hospital "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; de la documentación original que se pasa a detallar a continuación, debidamente conformada por el beneficiario y/o responsable a cargo, comprometiéndose la firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**con domicilio en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a efectuar el procedimiento administrativo correspondiente ante la Dirección Nacional de Prestaciones Medicas del Programa Incluir Salud, eximiendo de responsabilidad al efector y la UGP de Entre Ríos, en el caso de extravíos, demora y/o cualquier otro inconveniente en dicho procedimiento ante el Organismo Nacional.-

En este acto RECIBE la siguiente documentación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fdo:

Recibí y conforme con el contenido del presente documento.