

Formulario de Registro a FUNDEPOC
Complete el siguiente formulario y envíelo por correo a:
Tinogasta 2560 3° 24 (1417) CABA

Nombre y Apellido

Fecha Nacimiento

 / /

(dd/mm/aaaa)

DNI

Domicilio Calle y Número

Código Postal

Localidad

Provincia

País

Teléfono 1

Teléfono 2

Email

Diagnóstico

Nombre del Médico

Se atiende en Hospital?

No Si

¿Cuál?

¿Tiene Obra Social/prepaga?

No Si

¿Cuál?

¿Usa Oxígeno?

No Si

En caso afirmativo marque las que corresponda

Oxígeno Gaseoso

Concentrador Domiciliario

Oxígeno Líquido

Concentrador Portátil