



ANEXO II

MODELO DE COMPROMISO DE ASISTENCIA A BENEFICIARIOS DE MUTUAS

D/D.ª _____, representante legal de _____

(nombre de la clínica) y D/D.ª _____,
(nombre y apellidos del/a profesional)

Celebraron el día _____ un contrato de prestación de servicios o contrato de

(especificar la modalidad de contrato).

Con fecha _____ la Clínica _____
(nombre de la clínica)

ha resultado adjudicataria de un contrato para la prestación de servicios sanitarios a los beneficiarios de
la Mutua _____ cuya referencia es _____ (referencia del contrato).

Mediante el presente documento D/D.ª _____
(nombre y apellidos del/a profesional)

se compromete a prestar sus servicios y asistir a los pacientes que la mutua derive a la citada clínica, bajo
la organización y dirección de esta en lo que a los pacientes derivados se refiere.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma:

D/D.ª

(la clínica)

Firma:

D/D.ª

(el profesional)