

DISTRITO: _____ (todos los firmantes de ésta planilla tienen que ser del mismo distrito)
 De acuerdo con lo establecido en el Art. 39 de la Constitución Nacional, adhiero al proyecto de ley que figura al pie, denominado "PROYECTO DE LEY DE COBERTURA INTEGRAL DE TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD"

| | APELLIDO Y NOMBRE | DOMICILIO COMPLETO QUE FIGURA EN DNI | D.N.I. (LC / LE.) | FIRMA |
|----|--------------------------|---|--------------------------|--------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

PROMOTORES: Karina Dugo; Silvina Cabrelli

PROYECTO DE LEY.

Art 1. En todos aquellos casos en que la aplicación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida sean requeridas, las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga deberán cubrir dentro del PMO (prestaciones médico obligatorias) : los estudios necesarios de diagnóstico de la infertilidad; el tratamiento y otros estudios requeridos; el material descartable; los procedimientos terapéuticos de Reproducción Humana Asistida de alta y baja complejidad; posibles complicaciones; el embarazo, trabajo de parto, parto y post-parto; cuidados neonatales y la medicación correspondiente en todos los casos

Art 2 De forma

¿Cómo se completan las planillas? Para que sean admisibles, las planillas deben ser llenadas correctamente. La manera de hacerlo es:

- 1) En la parte superior, donde dice "DISTRITO", equivale a PROVINCIA (Recordar que Capital Federal es un distrito separado) Completar con el distrito al que pertenecen los firmantes
- 2) Todos los firmantes de una misma planilla **deben pertenecer al mismo distrito, o sea a la misma provincia.**
- 3) La dirección que deben completar es la que figura en su DNI y preferentemente incluya la localidad.
- 4) Todos los firmantes deben ser mayores de 18 años.

Enviar a

POR UNA COBERTURA INTEGRAL DE LOS TRATAMIENTOS DE FERTILIZACION ASISTIDA Y EL DERECHO A UN PROYECTO DE FAMILIA
PROPONEMOS A LA SOCIEDAD QUE CONOZCA Y PARTICIPE EN ESTE PROYECTO, LES PEDIMOS QUE NOS ACOMPAÑEN CON SU FIRMA.

ALGUNAS IDEAS PARA QUE NOS AYUDEN A JUNTAR FIRMAS...

- Sumate y ayudanos juntando firmas, la planilla estará disponible para que puedas imprimirla en Internet, en www.infertilidad-arg.com.ar/planilla.pdf
- junta firmas entre tus familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- A cada nuevo firmante entregue una planilla en blanco para que siga juntando firmas. Si Tus firmantes hacen lo mismo la cadena crece exponencialmente.
- Envía la planilla por e-mail a todos tus amigos y contactos.
- Deja una copia de la planilla en los comercios de su barrio, para que ellos junten firmas.
- Cuando salgas a dar una vuelta por el barrio, deja una planilla en cada casa o en lugares donde se junta gente o muchos autos. (iglesia, club, etc.)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LAS PLANILLAS

- ✓ Primero complete el nombre del DISTRITO al que pertenecen los firmantes (cada provincia es un distrito, Capital Federal se considera un distrito separado)
- ✓ **TODOS LOS FIRMANTES DE UNA MISMA PLANILLA TIENEN QUE SER DEL MISMO DISTRITO.**
- ✓ La dirección tiene que ser LA QUE FIGURA EN EL DNI. No olvide escribir la localidad.
- ✓ Los firmantes deben ser ARGENTINOS MAYORES DE 18 AÑOS.

- ✓ **Envíe las planillas a**
CASILLA DE CORREO N° 119
SUCURSAL ABASTO C 0013

C.P. 1413 C.A.B.A
- ✓ Las firmas se validan frente al padrón electoral así que escribicon letra de imprenta y lo más claro posible
- ✓ No hace falta llenar todas las líneas para enviar la planilla; se puede enviar con un solo firmante.
- ✓ La planilla está disponible en forma electrónica en