



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar: Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:

Domicilio real donde se brindara la prestación: Localidad y Provincia:

Mail:

Telefono: Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: Periodo Año:
Desde Hasta
Cantidad de Sesiones
Semanales Mensuales

CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde	<input type="text"/>					
Hasta	<input type="text"/>					

Firma y sello del profesional

Aclaración

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito

precedentemente al Beneficiario con DNI

Firma

Aclaración

DNI