



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO DE REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES

Lugar: Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: **Periodo Año:**
Desde Hasta

Indique tipo de jornada: **Monto Mensual**

Marcar **dependencia** según corresponda SI NO

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido/Razón social:

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

Mail: Celular/Teléfono:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP) CBU (adjuntar comprobante bancario)

CRONOGRAMA

Terapias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1.	<input type="text"/>					
2.	<input type="text"/>					
3.	<input type="text"/>					
4.	<input type="text"/>					
5.	<input type="text"/>					

Firma y sello de la institución