



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar: Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:		Periodo Año:		
<input type="text"/>		Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>	
Cantidad de Sesiones	Semanales	Mensuales	Monto por sesión	Monto mensual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:

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

Vencimiento RNP: Teléfono:

Mail: Celular:

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

CRONOGRAMA

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

Firma y sello del profesional

Aclaración