



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO DE REHABILITACIÓN – INSTITUCIONES

Lugar: Fecha: /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

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)

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: Período Año: Desde Hasta

Cantidad de Sesiones

Semanales

Mensuales

Marcar **dependencia** según corresponda

SI

NO

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

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito
precedentemente al Beneficiario con DNI

Firma	Aclaración
	<input type="text"/>
	DNI <input type="text"/>