

O.S.P.I.V

Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

DISCAPACIDAD
CONSENTIMIENTO - PLAN DE TRATAMIENTO - ESPECIALIDADES/REHABILITACION

Lugar y fecha de emisión: _____

Razon Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario: _____

DNI: _____

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

Prestacion /Especialidad (según mecanismo Integración)	Sesiones Mensuales	Valor Sesión	Monto Mensual

Período/ Desde Hasta

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS HORARIO	LUNES DE/A:	MARTES DE/A:	MIERCOLES DE/A:	JUEVES DE/A:	VIERNES DE/A:	SABADO DE/A:
Esp:						
Esp:						
Esp:						
Esp:						

Observaciones: _____

Firma Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

Beneficiario: _____

DNI: _____ **Nº BENEFICIARIO:** _____

Firma Beneficiario/Representante

Aclaración y DNI