

# O.S.P.I.V

## Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

DECLARACION DE CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO Y/O TITULAR Y PROFESIONAL TRATANTE O INSTITUCION
--

La/el que suscribe ..... Titular de la OBRA SOCIAL DE  
LA INDUSTRIA DEL VESTIDO Nº..... CON DNI Nº..... en  
carácter de ..... Declara estar en plena conformidad respecto del  
establecimiento donde se realizara la práctica / tratamiento y con el aval del profesional actuante, en un  
todo de acuerdo con las disposiciones vigentes.

ESTABLECIMIENTO/PROFESIONAL:

PERIODO:

AÑO:

DOMICILIO DE ATENCION:

TPO DE JORNADA (Instituciones):

DIAS Y HORARIOS

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

FIRMA ACLARACION  
FAMILIAR

FIRMA Y SELLO  
PROFESIONAL/INSTITUCION

Asimismo acepto la gestión a realizar por La OBRA SOCIAL ante la Superintendencia de Servicios de Salud o ante el organismo que un futuro lo reemplace, comprometiendome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para este trámite