O.S.J.P.V. Y.F.R.A.

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

DISCAPACIDAD

CONSENTIMIENTO - PLAN DE TRATAMIENTO - ESPECIALIDADES/REHABILITACION

Lugar y fecha de emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a Brindar: (según Mecanismo Integración)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prestación /Especialidad (según mecanismo Integración) | Sesiones Mensuales | Valor Sesión | Monto Mensual |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Período/ Desde |  | Hasta  |  |  |  |
|  |  |  |
| CRONOGRAMA DE ASISTENCIA |  |  |  |  |  |  |
| DIASHORARIO | 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

Pte. Luis Sáenz 480 C.A.B.A. Tel: 4-381-7475