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 | |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 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

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