

PRESUPUESTO DE _____ 2025

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN: _____ JORNADA: _____

CATEGORÍA: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN: _____

HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DE						
A						

Firma y Sello del Profesional

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090