

CONSENTIMIENTO _____ 2025

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____

DATOS DEL PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL: _____ CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE SE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN:

ESPECIALIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						

Firma y Sello del Profesional

Consentimiento: Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestación descrita anteriormente al:

Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario / Representante

Aclaración

Fecha: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090