



OSDAAP  
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN DE LA  
ACTIVIDAD AEROCOMERCIAL PRIVADA

## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS CET - CENTRO DE DÍA - ESCUELAS ESPECIALES

Lugar: .....

Fecha: ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

### A quien corresponda:

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

#### De:

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....

Prestación / Especialidad: .....

Período prestacional: .....

Tipo de jornada: (Completar en caso de escolaridad) .....

Monto Mensual: \$ .....

Dependencia: SI ☐ NO ☐ (sólo en casos de CET – Centro de día - Hogar)

#### Para:

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar lo que corresponda) LC ☐ DNI ☐ LE ☐ PAS ☐ N° .....

Edad: .....

#### Cronograma de Asistencia:

Nombre y apellido: .....

| Día     | <input type="checkbox"/> Lunes | <input type="checkbox"/> Martes | <input type="checkbox"/> Miércoles | <input type="checkbox"/> Jueves | <input type="checkbox"/> Viernes | <input type="checkbox"/> Sábado |
|---------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Horario | de ..... hs.<br>a ..... hs.    | de ..... hs.<br>a ..... hs.     | de ..... hs.<br>a ..... hs.        | de ..... hs.<br>a ..... hs.     | de ..... hs.<br>a ..... hs.      | de ..... hs.<br>a ..... hs.     |

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....  
Firma y sello del Responsable

### Conformidad

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: .....

DNI: .....

.....  
Firma Beneficiario o representante

Aclaración: .....

DNI firmante: .....

Lugar y fecha: .....

\* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud.  
Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.