



OSDAAP
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN DE LA
ACTIVIDAD AEROCOMERCIAL PRIVADA

PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO

Lugar:

Fecha: / / (1)

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

A quien corresponde:

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. a hs. | de hs. a hs. | de hs. a hs. | de hs. a hs. | de hs. a hs. | de hs. 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.