

PRESUPUESTO DE _____ 2026

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN: _____ CON DEPENDENCIA.

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