

**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