

CONSENTIMIENTO DE _____ 2026

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 CON DEPENDENCIA: _____ JORNADA: _____ CAT.: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN:

HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
de					
a					

Firma y Sello de Autoridad

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