

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: \_\_\_\_\_

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

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

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario / Representante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional

Fecha: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar

5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090