

**CONSENTIMIENTO PLAN DE
TRATAMIENTO ESPECIALIDADES**

RESOL. 887-E/2017



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE

COLECTIVO DE PASAJEROS

REG. INOS 1-2160

MORENO 3037 – CABA

4011-5100

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono: Mail:.....

Apellido y Nombre Beneficiario:

DNI Nº:

Prestación / Especialidad : (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto Mensual (\$)
--	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Período Ciclo lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

Días Horario	Lunes DE/A:	Martes DE/A:	Miércoles DE/A:	Jueves DE/A:	Viernes DE/A:	Sábado DE/A:
Esp.						

Observaciones:

Firma Responsable de Institución / Efector

Aclaración

CONSENTIMIENTO:

Por la presente dejo constancia de mí consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

Beneficiario:

DNI Nº: Nro. Beneficiario:

Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante

DNI Nº Firmante:

OSCTCP – Sede Central

Prestaciones por Discapacidad

Moreno 3053 – CABA

Tel. (011) 4011 - 5100