O.S.C.T.C.P.
Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros
RNOS 1-21606
Moreno 3037-CABA

PLANILLA DE ASISTENCIA INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES

PRESTADOR: _____
PRESTACION: _____
DOMICILIO _____
C.U.I.T. _____
FACTURA N°: _____

BENEFICIARIO: _____
DNI _____
MES/AÑO DE PRESTACION: _____

FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR

FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR

Informo,en carácter de declaracion jurada, que la presente constancia de asistencia corresponde a los servicios prestados, cuya factura se acompaña.

FIRMA DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL

SELLO DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL