



O.S.C.T.C.P.
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS
 MORENO 3037-CABA
 RNOS 1-21606

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

D.N.I del Afiliado.....

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº

....., doy mi conformidad respecto a la/prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1) Prestación:.....

a) Prestador: :.....

b) Periodo de Prestación: desde..... hasta

2) Prestación:.....

a) Prestador: :.....

b) Periodo de Prestación: desde..... hasta

3) Prestación:.....

a) Prestador: :.....

b) Periodo de Prestación: desde..... hasta

4) Prestación:.....

a) Prestador: :.....

b) Periodo de Prestación: desde..... hasta

5) Prestación:.....

a) Prestador: :.....

b) Periodo de Prestación: desde..... hasta

Firma

Aclaración:

Documento: tipo (.....) Nº

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: tipo (.....) Nº