6-B

CONSENTIMIENTO

OSPEDYC
La Obra Social de UTEDYC

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN _____ ____/____/____

PRESTADOR

Razón Social: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____

BENEFICIARIA/O

Apellido y nombre: _____ DNI - LC - LE: _____

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)

Cantidad de sesiones: _____ Monto sesión: $ _____ Monto mensual: $ _____

_____

_____

_____

Período ciclo lectivo: Desde _____ Hasta _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: ____ hasta: ____	De: ____ hasta: ____	De: ____ hasta: ____	De: ____ hasta: ____	De: ____ hasta: ____	De: ____ hasta: ____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____ Firma responsable de la Institución

_____ Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento del programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiaria/o

_____ DNI: _____ N° de beneficiaria/o _____

_____ Firma beneficiario o representante

_____ Aclaración

_____ DNI firmante

F. 7006B