OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

Planilla de Asistencia Mensual Prestadores
OSPIM

Prestador:

Razón Social:

Domicilio donde concurre:

Correo Electrónico: Tel:

Apellido y Nombre
del beneficiario:

DNI Nº Afiliado

Prestación:

Cantidad de sesiones por día: cantidad de sesiones en el mes:

Periodo (mes y año):

FECHA	HORARIO	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE

Firma Profesional:
Sello o Aclaración:
Matrícula:

Firma paciente o responsable:

Aclaración:

DNI: **Vínculo:**