OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

PLANILLA DE ASISTENCIA A PRESTACIONES

Version 11092024

Nombre y apellido del paciente:

DNI del paciente:

Nombre y apellido del prestador:

CUIT del prestador:

Período (Mes/Año):

Fecha	*Hora de inicio/fin*	*Prestación*	*Firma paciente o representante legal*	*Firma y sello profesional*

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta planilla de asistencia son verídicos y auténticos.

.....

Firma y sello del prestador