

PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE APOYO

Ver 11092024

Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA**Fecha:****Prestador:****Domicilio de atención****Teléfono:****Mail:****N° de CUIT:****Prestación / Especialidad:****Periodo prestacional:****Cantidad de sesiones mensuales:****Valor de la prestación \$ Monto mensual de la prestación: \$.....****y Total Anual de la prestación: \$-****Beneficiario de la prestación:****Nombre y Apellido:****N° de DNI:****Edad:****Sexo:**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De hs a hs	De hs a hs	De hs a hs	De hs a hs	De hs a hs	De hs a hs

.....
(Firma y sello del profesional responsable)