

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
MOLINERA

DATOS DEL BENEFICIARIO - MEDIOS DE CONTACTO Versión 11092024

Estimado afiliado, por favor, complete este formulario a fin de contactarlo por cualquier observación a la documentación relacionada con el tratamiento solicitado. Muchas gracias.

Nombre y Apellido del paciente/beneficiario:

.....

DNI del paciente/beneficiario:

Nombre y Apellido del titular:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono:

Línea celular / whatsapp:

Correo electrónico:

Quien suscribe, otorga plena conformidad a que las comunicaciones que dirija la OSPIM a las vías de comunicación consignadas en este documento se tomarán como plenamente válidas.

.....

Firma y aclaración
(padre, madre, paciente)