

## DATOS DEL AFILIADO

Ver 3 03012024

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 (excluyente): .....

Vencimiento certificado discapacidad: .....

**LAS COMUNICACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPIM SE EFECTUARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO, ROGAMOS INFORMARLO**

**Por cualquier duda o aclaración: contacte a nuestro CAB:  
0810-345-0208 / cab@ospim.org.ar**