



DATOS DEL AFILIADO Ver 2 03112021

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 / whatsapp: 1155847047](#)**