

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES - Ver 0 03/09/2018

Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Fecha:

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono: **Mail:**

N° de CUIT:

Modalidad Prestacional a brindar:

Tipo de jornada: (*indicar SIMPLE o DOBLE*)

Periodo prestacional: desde el mes de hasta el mes de del año
201....

Posee dependencia: (*indicar SI o NO*)

Categoría:

Monto mensual \$

Beneficiario de la prestación:

Nombre y Apellido:

N° de DNI:

Edad:

Sexo:

.....

.....
(Firma y sello del representante de la institución)