OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
PRESTACIONES POR HORA/SESIONES
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI *PRESTACIÓN*

PERÍODO *MES* *AÑO*

FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE

PROFESIONAL

Firma *Sello Legible*

Aclaración

Matrícula

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo