



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ESPECTÁCULO PÚBLICO

O.S.P.E.P.
R-NOS 1-0710-7

Sede central Pasco 154 (C1081AAD) | CABA | Teléfonos 4951 - 2645 / 2538 | 0 810 999 6773
Sitio web www.ospepsalud.com.ar | e-mail ospep@ospepsalud.com.ar

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del
beneficiario:.....
.....

Número de Afiliado:
.....
.....

Yo

.....
.....con DNI Tipo (.....) N°, doy conformidad respecto a la/s
prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos
claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación 1

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Prestación 2

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Prestación 3

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Prestación 4

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Firma :

Aclaración:
.....
.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada a nombre de

.....

.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

DNI.....