OSPADEP

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

PRESTACIONES POR SESIÓN / MÓDULO

La presente tiene carácter de declaración jurada

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC☐ DNI☐ LE☐ PAS☐ Nº .....

Razón Social / Prestador: .....

Nº de Factura Relacionada: .....

Tipo de Prestación: .....

Período (Mes y Año): .....

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

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.