

PLANILLAS DE PRACTICAS – OBRA SOCIAL OSDEPYM



Nº SOCIO CMT: _____ | M.P: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

| Nº | FECHA DE ATENCIÓN | CUIL AFILIADO | NOMBRE Y APELLIDO | Nº AUTORIZ. | CODIGO PRESTACÓN | FIRMA Y ACLARACION |
|----|-------------------|---------------|-------------------|-------------|------------------|--------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO PRESTADOR: _____

