



O.S.P.E.S.G.y P.E.

RNOS 1-0720-6

Obra Social del Personal de Estaciones de Servicio,
Garages, Playas de Estacionamiento y Lavaderos de Autos



CONFORMIDAD DE PRESTACION

Por medio de la presente solicito la cobertura para mi hijo/a discapacitado, según prescripción médica.

Apellido y Nombre a quien se le da la prestación:

N° de afiliado:

DNI:

PRESTACION:

SESIONES:

TIEMPO REQUERIDO: DESDE:

HASTA:

FIRMA DEL TITULAR.....

ACLARACION.....

TELEFONO:

DIRECCION:

MAIL DEL PAPÁ O MAMÁ:

MAIL DE LOS PRESTADORES: