



Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio

REPÚBLICA ARGENTINA
R.N.O.S. N° 1-2250-0

NOTA DE CONFORMIDAD

____ / ____ / ____

Por la presente doy consentimiento al plan de tratamiento que se brinda a mi.....

bajo la modalidad.....

(Nombre y apellido del afiliado para el que se solicita la prestación)

(Kinesiología, psicología, transporte, CET, Etc)

Asimismo, acepto la gestión a realizar por la obra social ante la Superintendencia de

Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud,

comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

Firma del afiliado titular.....

Aclaración:

DNI:

No de afiliado:

CUIL:

Teléfono:

Dirección de correo electrónico.....

Firma del Prestador:

Aclaración:

DNI: