**OSPIA — OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN**

**ÁREA DISCAPACIDAD — SISTEMA MECANISMO DE INTEGRACIÓN**

# NOTA COMPROBANTE DE PAGO

**FECHA:** ..... / ..... / 2027

**Prestador/a (Nombre/Institución):**

.....

**CUIT:** ..... **Detalle de la Prestación:** .....

Dejo constancia de que recibí de **OSPIA (CUIT 30-64399773-4, IVA EXENTO)**, la suma de pesos:

.....

.....

(**$** .....), en concepto de pago de la/s **Factura/s N°:**

.....

correspondiente al mes prestacional de: ..... de 2027.

**Datos del Beneficiario:**

• **Nombre y Apellido:**

.....

• **DNI N°:** .....

**Modalidad de Pago:**

Por transferencia bancaria realizada el día: ..... / ..... / 2027.

_____

**Firma y Sello del Prestador**