Planilla de Asistencia a Tratamiento - 2027

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Razón Social del Prestador .....

Domicilio real donde se realiza la prestación .....

Dejo constancia que el Afiliado .....

Ha concurrido a Tratamiento de ..... *Durante el mes de* *2027*

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Importante: *Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.*
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.
Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.