OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027- ANEXO 3 - PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido Razón/Social: …….

Nº CUIT:…….

Teléfono:..... E-mail:.....

Domicilio de la prestación:.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / especialidad a brindar: …….

Período: Desde: …… 2027 Hasta: …… 2027

Cantidad de sesiones semanales: …….

Monto por sesión:$: ……. ……Monto mensual: $.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador/a

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto.

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* Es **obligación** completar todos los campos.