

Planilla de Asistencia Mensual Prestadores
OSPIM

Prestador:

Razón Social:

Domicilio donde concurre:

Correo Electrónico: Tel:

Apellido y Nombre
del beneficiario:

DNI N° Afiliado

Prestación:

Cantidad de sesiones por día: cantidad de sesiones en el mes:

Periodo (mes y año):

FECHA	HORARIO	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE

Firma Profesional: Firma paciente o responsable:

Sello o Aclaración: Aclaración:

Matrícula: DNI: Vínculo: