Form.008 A

****

 **CONSENTIMIENTO BILATERAL DEL TRATAMIENTO**

 **PROFESIONALES / INSTITUCIONES**

 **DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN**

 **Razón social del Prestador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Domicilio donde se brinda la prestación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Datos de la prestación*(según Mecanismo de Integración)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prestación/Especialidad según Mecanismo de Integración | Cant.de sesiones | Monto por Sesión | Monto mensual |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |

**Periodo Desde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Cronograma de Asistencia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Especialidad/prestación |  Lunes Desde-Hasta |  Martes Desde-Hasta |  Miércoles Desde-Hasta |  Jueves Desde-Hasta |  Viernes Desde-Hasta |  Sábado Desde-Hasta |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Por la presente certifico que he explicado las características de la practica que se brinda a:

*(indicar nombre y apellido del afiliado y/o familiar)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y que se han contestado todas las preguntas surgidas por Padres/Tutor en torno a la misma.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma y sello del Prestador/Responsable de la Institución.**

 Hoja 1

**N.º de Afiliado :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Form.008 B

****

Por la presente dejo constancia de mi **CONSENTIMIENTO** al Programa de

Prestaciones descripto precedentemente a:

**Nombre y Apellido del Beneficiario :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N.º de Afiliado :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma de Madre/Padre/ Tutor/Beneficiario Aclaración Y D.N.I**

 **Lugar y Fecha de Consentimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(debe ser anterior al periodo solicitado de la prestación)***

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321

 Obra Social de Relojeros,Joyeros y Afines de Arg.

           Valentin Gómez 3828.C1191AAV -CABA

       Tel: 0800-333-3420 Directo:6073-8244/6073-3620

         discapacidad01@osrja.org.ar Hoja 2

 **Hoja 2**