# 6 CONFORMIDAD

OSPAV
Obra Social del Personal de la Actividad Vitivinícola

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

Beneficiario _____

DNI: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nro Beneficiario: | | | | | | | | | | | | | |

_____ _____

*Firma Beneficiario o Representante* *Aclaración*

_____

*Lugar y fecha consentimiento*