7 PEDIDO MÉDICO

OSPAV
Obra Social del Personal de la Actividad Vitivinícola

Obra Social: **OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VITIVINICOLA**

Apellido y Nombre: _____

Nro Beneficiario:													
DNI:													

Discapacidad y diagnóstico: _____

Debe recibir las siguientes prestaciones: _____

Durante período: _____

_____ _____

Fecha *Firma y sello del Médico*