

ANEXO 13 - PLANILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACION MENSUAL

(Adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura)

Apellidos y Nombres del Beneficiario: _____

Prestación Brindada: _____ Mes y año: _____

Domicilio donde se brindó la Prestación: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar si la persona con discapacidad no está recibiendo y/ o no recibió las prestaciones. Esta obra social se reserva la facultad de derivar al beneficiario a otra institución o profesional, con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de dicha prestación.

No se abonarán aquellas sesiones que excedan las correspondientes a 4 (cuatro) semanas.

Fecha de la Sesión	Sesiones Brindadas	Horarios de las Sesiones		Firma y Aclaración dando conformidad que la sesión fue realizada
		Inicio de la Sesión	Fin de la Sesión	

Firma Aclaración y Sello del proveedor: