

NOTA DE CONFORMIDAD

Por la presente, presto conformidad respecto al tratamiento prescripto a mi hija/o

por la enfermedad que padece, por el lapso que dure el tratamiento.

.....
Firma titular

.....
Aclaración



Obra Social
Perfumista

Entre todos
nos cuidamos.

Treinta y Tres Orientales 148, C.A.B.A. | RNOS 1-15003 | ospap.org.ar | 0810-333-4683 |  11-2313-1537