opdea
Obra Social del Personal de Dirección

Rendición mensual de Prestaciones

Credencial azul /amarilla /plateada /dorada

Apellido y nombre del profesional _____ Especialidad _____ Código / Prest _____

CUIT Nº _____ Planilla Nº _____ De _____ Mail: _____

	Número de Beneficiario	Plan	Apellido y Nombre	Fecha Prestación	Código Prestación	Diagnóstico	Firma del Beneficiario	Observaciones	Importe
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									