Formulario No 01 – Datos personales

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

TELÉFONO PARTICULAR:

CEL:

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÉN PERTENECE):

MAIL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

OTROS:

ÁREA DISCAPACIDAD.
E-mail: discapacidad@osdepym.com.ar