

Obra Social de Luz y Fuerza de la Patagonia R.N.O.S. N°: 1-2780-2



PEDIDO MÉDICO PARA TRANSPORTE

LOCALIDAD:		FECHA:	/	/
NOMBRE Y APELLIDO:			SEX	O
N° DE BENEFICIARIO:	DNI Nº: .		EI	OAD:
DOMICILIO AFILIADO:				
DIAGNOSTICO:				
				
SE SOLICITA TRANSPORTE PARA:				
PERIODO DE LA PRESTACION: DESDE _			_ A:	
Firm	na y Sello Mé	édico		