



Obra Social de las Asociaciones de
Empleados de Farmacia

R.N.O.S. N° 1-2750-5

Rincón N° 1035

(C1227ACK) Cdad. Autónoma de Bs. As.

Tel. Fax.: 4941-0003/6330/5241

e-mail: central@osa def.org.ar

Por medio de la presente doy expresa conformidad, para que mi

hijo/a _____,

_____ ,

asista a _____,

_____ ,

_____ ,

_____ , durante el

Año 2020, con el/los prestador/es elegidos libremente por mí, para la

atención de mi hijo/a .-----

Firma y Aclaración _____

Parentesco _____ Fecha _____

Nota: Debe estar firmado por el padre, madre o tutor legal.