



> DIRECTORIO OSAP

Manifiesto mi conformidad para recibir los pagos que correspondan por prestaciones medico asistenciales y aprobadas por OSAP por acreditación en mi cuenta bancaria informada.

Presto conformidad además por la nueva modalidad de pago establecida por OSAP para los reintegros.

A continuación informo los datos de mi cuenta en donde deberán efectuarse mis depósitos de los pagos mencionados.

Los depósitos de OSAP serán considerados por mí como cancelatorios de las obligaciones asumidas por OSAP.

Además manifiesto que los comprobantes efectuados por el Banco de mi cuenta informada para tal fin, serán prueba suficiente para acreditar los pagos y demostrar autenticidad.

En el caso de necesitar un detalle de mis reintegros, podré solicitar los mismos en OSAP.

> ME COMPROMETO A INFORMARLES

1. Dentro de las 48hs de haber tomado conocimiento, cierres y/o cambios de la cuenta bancaria informada a OSAP, liberándolos a ustedes de toda responsabilidad en la demora de los pagos y/o apertura de nuevas cuentas para seguir con el procedimiento de pagos.

2. Indique los datos del Banco y de la cuenta en la cual desea cobrar sus reintegros.

3. A emitir y entregar todos los documentos e información adicional requerida por OSAP (recibos, resúmenes de cuenta, etc.) a los fines de documentar el pago y cumplimiento de las obligaciones asumidas.



> DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

CUIL:

Calle: N°:

Localidad: CP:

Provincia:

Teléfono: Fax:

Email:

N° Beneficiario OSAP:

> DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO

Banco:

CBU:

Cod. BCRA:

Tipo de cuenta: Caja de ahorro Cuenta Corriente

N° Cuenta:

Sucursal:

Titular:

.....
Firma del Titular

.....
Aclaración de la Firma

> RESERVADO PARA OSAP

Recibió:

Cargó Interbanking :

Cargó Cta Cte :