

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN REINTEGRO DE ÓPTICA

ANTIGÜEDAD: 3 MESES COMPLETOS DE PERMANENCIA

FECHA DE ENTREGA: ___/___/___

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ N° DE ASOCIADO MPJ: _____

EMPRESA: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO:

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR:

NOMBRE DEL BANCO: _____

N° SUCURSAL DEL BANCO: _____

TIPO DE CUENTA: _____ N° DE CUENTA: _____

N° DE CBU: (22 digitos)

N° C.U.I.L.: _____

FC. O TKT ORIGINAL

COPIA DE RECETA FIRMADA POR EL OFTALMÓLOGO

EN CASO DE REINTEGRO ANTERIOR DE OBRA SOCIAL

COPIA FIEL DE FACTURA ORIGINAL

COMPROBANTE DE COBERTURA DE LA O.S.

TITULAR /CÓNYUGE
FIRMA Y ACLARACIÓN
N° DNI:

VERIFICACIÓN INTERNA
NOMBRE:
SEDE:

VERIFICACIÓN SEDE CENTRAL
FECHA: ___/___/___