



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

CABA, de del 20 .

Por medio de la presente, (Nombre y Apellido) ..... en mi carácter  
de titular de la Obra Social con N° de afiliado .....

Autorizo a que se me realice el pago por CBU en concepto de reintegro de subsidio de celiaquía para

Nombre y Apellido: .....

N° de afiliado: .....

Parentesco:.....

Según resolución 757/2019 según lo dispuesto por el art. 2° y 9° de la ley 26588, mediante  
transferencia bancaria a mi cuenta.

## **Documentación a Adjuntar:**

- Certificado de CBU emitido por la entidad bancaria.
- Historia clínica y estudios complementarios.

Firma: .....

Nombre y Apellido:.....

D.N.I.:.....