

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA

Osdop otorga ayuda alimentaria para personas con enfermedad celíaca de acuerdo a la Ley 26.588, modificada por la Ley 27.196.

Para acceder a este beneficio, debe presentarse el siguiente formulario, constancia médica de enfermedad celíaca completada por su médico tratante (Resolución 1408-E/2017) y un resumen de historia clínica.

Se deberán enviar los datos bancarios del beneficiario/a o su adulto responsable para la transferencia correspondiente.

Datos personales:

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Datos bancarios:

CBU: _____

Alias: _____

Nro. de cuenta: _____

Apellido y Nombre del Titular:

CUIL: _____

Banco: _____

Firma

Aclaración

D.N.I.