

ACUERDO POR SUSCRIBIR CON LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Entre el Sr/a....., con domicilio en de la ciudad de, provincia de, TE en representación del paciente, DNI, en adelante EL BENEFICIARIO, por una parte, y por la otra la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION, con domicilio en la Avda. Belgrano 1870 de la C.A.B.A., representada en este acto por la Licenciada Marta Dansés, en su carácter de Responsable de Promoción Social de La Obra Social del Personal de la Construcción, en adelante la OBRA SOCIAL, convienen en celebrar el presente compromiso sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones: PRIMERA: El Sr/a, se ha presentado en la sede de la OBRA SOCIAL, con el objeto de solicitar prestaciones de discapacidad, las que serán brindadas por el mecanismo de INTEGRACION. SEGUNDA: El Sr/a, reconoce que solo mantendrá las prestaciones solicitadas MIENTRAS CONSERVE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO DE OSPECON y sus aportes al día, caso contrario IMPLICARÁ LA INMEDIATA CANCELACIÓN DE LOS SERVICIOS, no teniendo nada que reclamar a la OBRA SOCIAL por ningún concepto ni vía judicial y/o administrativa, ya que la falta de acceso a los servicios correrán por su exclusiva cuenta y responsabilidad. TERCERA: Si alguna de las prestaciones autorizadas no fuera brindada por cualquier causa, deberá notificar tal circunstancia a la OBRA SOCIAL, indicando fecha de cese y reinicio de la prestación. En prueba de conformidad, y para su fiel cumplimiento se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de, a los días del mes de, del año

Firma:

Aclaración: