



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

DETALLE DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS

AFILIADO:				NRO.:
PRESTACIÓN:				
PROFESIONAL:				
MES Y AÑO DE PRESTACION:				
Fecha	Día	Hora Inicio	Hora finalización	Firma Afiliado titular

-----  
Firma y Sello Profesional



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

-----  
Firma y Sello Profesional