



**Obra Social del Personal Marítimo**  
 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
 REGISTRO S.S.S. 1-1180  
 S.O.M.U.



VENEZUELA 1427/29 (1095) CAPITAL FEDERAL - FAX: 4381-5818 TEL.: 4381-2486/4362/3649/1039

**CARTA DE CONFORMIDAD**

(Lugar y fecha) .....

El que suscribe ..... documento  
 N°.....con ..... domicilio ..... en ..... calle  
 .....de la localidad  
 de.....

.....provincia ..... de  
 .....Presta  
 conformidad para que la Obra Social Personal Marítimo gestione ante Sistema Único de Reintegración S.U.R - apoyo financiero para la cobertura de tratamiento de adicciones en la modalidad  
 .....  
 .....de su hijo/a  
 .....de.....años.....

DIAGNOSTICO DSM IV.....  
 En el centro .....  
 con ..... domicilio ..... / ..... s ..... registrado ..... /s ..... en  
 :  
 .....

para el período 2021 durante los meses de ..... a .....de este año.

**Carnet titular O.S.P.M. N° .....**

Firma del titular:.....  
 Aclaración:.....  
 Documento:.....  
 Domicilio:.....  
 Localidad.....  
 T.E:.....

.....  
 Firma y sello del medico tratante