

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:.....

Yo, con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s Prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde:

Hasta

Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde:

Hasta

Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde:

Hasta

Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde:

Hasta



Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:



Documento: