

Fecha: ____/____/____

CONFORMIDAD DE PRESTACION

AÑO 20____

Apellido y nombre del beneficiario: _____ N° 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.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ Hasta: _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ Hasta: _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ Hasta: _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ Hasta: _____

Firma

Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

Documento: _____

Teléfono: _____