

Conformidad Prestacional

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de afiliado: _____

Yo: _____ con Documento Tipo (_____)

Nº: _____ , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado los términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1) Prestación: _____

Prestador: _____

Desde: _____ Hasta: _____

2) Prestación: _____

Prestador: _____

Desde: _____ Hasta: _____

3) Prestación: _____

Prestador: _____

Desde: _____ Hasta: _____

1) Prestación: _____

Prestador: _____

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 detalladas precedentemente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____