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 quena continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros yadecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

a. Prestador:_____

b. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

c. Prestación: _____

d. Prestador:_____

e. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

f. Prestación: _____

g. Prestador:_____

h. Periodo de Prestación: desde:_____Hasta_____

i. Prestación: _____

j. Prestador:_____

k. 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/sprecedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……