Anexo 1.9

CONFORMIDAD

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 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 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: ……