2027 - CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN

Fecha: / /

Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____

N° de afiliado: _____

Fecha de nacimiento:_____

Domicilio: _____

Localidad y provincia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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.

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

- Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: _____

....

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:

DNI:

PARENTESCO