OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

R.N.O.S. nº 1-01208

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 en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: .....
a. Prestador: .....
b. Periodo de Prestación: desde: ..... Hasta: .....

2. Prestación: .....
a. Prestador: .....
b. Periodo de Prestación: desde: ..... Hasta: .....

3. Prestación: .....
a. Prestador: .....
b. Periodo de Prestación: desde: ..... Hasta: .....

4. Prestación: .....
a. Prestador: .....
b. 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:
.....
Manifieto ser el familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma: ..... **Aclaración:** ..... **Documento:** .....