CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-004

2027

Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido ..... N° Afiliado

Yo ..... con Documento Tipo ..... Nº ,

doy mi conformidad respecto a la continuidad de 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 para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Datos de la Prestación

Prestación .....

Prestador .....

Período de la Prestación Desde Hasta Año 2027

Firma:

Aclaración .....

Domicilio .....

Si el firmante no es la persona con Discapacidad

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 .....

Tipo y N° de Documento