

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de afiliado: Yo _____ con Documento Tipo () N° _____
doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejó constancia
que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles .

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

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: _____