



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 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: