INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN 2027

Fecha: ___/___/_____
Apellido y nombre del beneficiario/a: _____
Número de Afiliado/a: _____Correo electrónico: _____
Teléfono: _____
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.

Prestación 1: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: ___/___/_____ hasta: ___/___/_____

Prestación 2: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: ___/___/_____ hasta: ___/___/_____

Prestación 3: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: ___/___/_____ hasta: ___/___/_____

Prestación 4: _____

Prestador/a: _____

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: _____