

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 términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
Firma	Firma
Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley n° 19.279 y sus modificatorias la información proporcionada en el presente documento tiene carácter de declaración jurada