

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: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

2. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Periodo 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: