

CONSENTIMIENTO DEL PRESTADOR

FECHA:

DELEGACION:

PRESTADOR:

ME NOTIFICO, QUE SOLO INICIARE LA PRESTACION A PARTIR QUE LA MISMA SE ENCUENTRE AUTORIZADA FECHACIENTEMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

TIPO DE PRESTACION		FIRMA	ACLARACION -SELLO

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD