

CONFORMIDAD PRESTACIONES AÑO 2026

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

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

D.N.I.

Parentesco