1° CONFORMIDAD DE PRESTACIONES AÑO 2027

Completa y firmada por el afiliado/a con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

N° de afiliado/a: _____

Por medio de la presente manifiesto mi conformidad con las prestaciones que se detallan a continuación y dejo constancia de haber recibido información clara y adecuada sobre las alternativas de atención disponibles:

1. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Período de la prestación: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

2. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Período de la prestación: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

3. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Período de la prestación: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

4. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Período de la prestación: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

_____ _____ _____

Firma *(manuscrita)* Aclaración DNI

_____

Parentesco