

CONFORMIDAD PRESTACIONES AÑO 2023

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: _____
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: _____

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: _____

Parentesco: _____