

Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº ,
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.

Prestación: _____

Prestador/a _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación/a: _____

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:

Documento: