

Anexo 1 – TRANSPORTE

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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.

Prestación:Transporte_____

Prestador:Emergencias_____

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: