OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria Maderera
R.N.O.S. 1-1100-1
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓNES AÑO 2024

Fecha: ……/……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Beneficiario OSPIM:

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.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

1. Prestación:_____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

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 detalladasprecedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……..