CONFORMIDAD PRESTACIONAL. 2027

Fecha: ……/……/……. Número de Afiliado:

Apellido y nombre del beneficiario:

Yo ……. con Documento Tipo (……) ……., 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:** _____

a. Prestador:_____

b. Periodo de Prestación desde: _____Hasta_____

2. **Prestación**: _____

c. Prestador:_____

d. Periodo de Prestación desde: _____Hasta_____

3. **Prestación**: _____

e. Prestador:_____

f. Periodo de Prestación desde: _____Hasta_____

4. **Prestación**: _____

g. Prestador:_____

h. Periodo de 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 detallada/s precedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……