

ANEXO II
CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: