Fecha: _____/_____/_____

CONFORMIDAD PRESTACIONAL AÑO 2027

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____DNI: _____

Yo_____
con Documento Tipo (_____) N.º_____, 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_____2027

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____2027

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____2027

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____2027

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: _____

Vinculo: _____