

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

(Res. 1743/2024- Anexo III)

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

Apellido y nombre (del beneficiario que recibe la prestación):

Afiliado N°: 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 el/los tratamiento/s, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde: Hasta

2. Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde: Hasta

3. Prestación:

Prestador:

Periodo de Prestación: desde: Hasta

4. Prestación:

Prestador:

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 (Tipo y N°):