

CONFORMIDAD

Anexo 1.12

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con DNI: 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 COMPLETA:

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: