

**ANEXO II - CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022**

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo _____ DNI Nº: _____

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: _____

(Del afiliado beneficiario de la prestación)

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: _____



Sede Central: Paraguay 33 (9100) Trelew - Chubut – Tel/F8x: 0280-4420547

Email: discapacidad@generarsalud.com.ar — www.generarsalud.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud — Órgano de Con/ro/— 0800-222- 3ALUD (72583) —