



ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha

Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de afiliado	
<input type="text"/>	

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 detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: