

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo V

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO

Se deberá presentar un anexo por profesional, para todas las prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DE AFILIADO:

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:

Periodo de la prestación: DESDE HASTA

1 – **PRESTACIÓN:**

Prestador:

Periodo de la prestación: DESDE HASTA

1 – **PRESTACIÓN:**

Prestador:

Periodo de la prestación: DESDE HASTA

1 – **PRESTACIÓN:**

Prestador:

Periodo 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: