

CONFORMIDAD PRESTACIONAL AÑO 2026

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

Apellido y nombre 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: _____

Período de prestación desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de prestación desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de prestación desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período 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 detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: