

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL (ANEXO 6)**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en la continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

a. Prestador: \_\_\_\_\_

b. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

2. Prestación: \_\_\_\_\_

c. Prestador: \_\_\_\_\_

d. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

3. Prestación: \_\_\_\_\_

e. Prestador: \_\_\_\_\_

f. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

g. Prestador: \_\_\_\_\_

h. Periodo 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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....