



ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Lugar y Fecha:, / /

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del 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 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: