

CONFORMIDAD PRESTACIONAL



OBRA SOCIAL
PERSONAL DE DRAGADO Y BALIZAMIENTO
RNOS 1-2876-6

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

Apellido y nombre del afiliado/a:

Número de Afiliado:

Yo.....con N° DNI.....,

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:.....Cuit N°

Periodo de la prestación: desde..... hasta

2. Prestación:

Prestador: Cuit N°

Periodo de la prestación: desde..... hasta.....

3. Prestación:

Prestador:.....Cuit N°

Periodo de la prestación: desde..... hasta.....

4. Prestación:

Prestador:.....Cuit N°

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.....

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy mi conformidad a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....