

CONFORMIDAD PRESTACIONAL. 2026

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo (.....), doy mi conformidad respecto a la/s Prestación/es que en la continuación se detallan y de lo 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 COMPLETA:

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: