



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO II

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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 la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la 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 detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento: