

### 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 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_