ANEXO II - CONFORMIDAD PRESTACIÓN 2027

(Documento a completar por familiar responsable o afiliado/a en tratamiento)

Fecha: ____ /____ /____
Apellido y nombre del beneficiario/a: _____
Número de afiliado/a: _____ Tel. de contacto: _____
Mail (beneficiario/familiar/responsable): _____
Mail del delegado sindical (opcional): _____

Yo: _____
con Documento Tipo (_____) Nº_____ 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.

Prestación: _____
Prestador/a: _____
Mail prestador/a: _____
Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____
Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____
Prestador/a: _____
Mail prestador/a: _____
Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____
Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____
Prestador/a: _____
Mail prestador/a: _____
Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____
Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____
Prestador/a: _____
Mail prestador/a: _____
Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____
Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

- Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación: (afiliado/a mayores de 18 años)



Firma: _____ Aclaración: _____
Documento: _____

-Si usted es familiar, responsable y/o tutor/a: (afiliado/a menor de 18 años)

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:_____
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor/a y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.



Firma: _____ Aclaración: _____
Documento: _____