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

Anexo

Número: IF-2021-88686019-APN-SSS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 20 de Septiembre de 2021

Referencia: ANEXO II

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha: …../……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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 .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____ hasta_____

Firma y sello prestador

1. Prestación:_____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

Firma y sello prestador

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

Firma y sello prestador

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

Firma y sello prestador

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: ……..

GABRIELA FABIANA BARROS
Coordinadora
Superintendencia de Servicios de Salud