

**COBERTURA DE PRESTACIONES
POR DISCAPACIDAD
FORMULARIO DE CONFORMIDAD
PRESTACIONAL**



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO
Nº R.N.O.S. 1-03105

Fecha...../...../.....

Apellido y Nombres del Beneficiario.....

Número de afiliado..... Documento Tipo (.....) nro

Yo..... con Documento Tipo (.....) nro.....

Doy mi conformidad respecto a las prestaciones que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1* - Prestación.....

Prestador

Periodo de la Prestación: Desde/...../..... – Hasta/...../.....

2* - Prestación.....

Prestador.....

Periodo de la Prestación: Desde/...../..... – Hasta/...../.....

3* - Prestación.....

Prestador.....

Periodo de la Prestación: Desde/...../..... – Hasta/...../.....

4* - Prestación.....

Prestador.....

Periodo de la Prestación: Desde/...../..... – Hasta/...../.....

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 familiar responsable / tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas precedentemente

Firma

Aclaración

Documento