

Discapacidad – Especialidades Plan de Tratamiento Consentimiento

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del prestador

Razón Social del prestador: _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: _____

Localidad/ Provincia: _____ Código de área y teléfono: () _____ Email: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

Datos de la Prestación

prestación/Especialidad: (según mecanismo de INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)

Período: Desde _____ hasta _____ año 20_____

Cronograma de asistencia

prestación/Especialidad: (según mecanismo de INTEGRACIÓN)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO (Para ser completado por el representante del afiliado, la fecha debe ser la misma de la parte de arriba)

Por la presencia deo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ **DNI** _____

Firma, Aclaración y DNI del Beneficiario o representante y DNI

Fecha: _____/_____/20_____