

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

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: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple _____ Doble _____ Categoría A _____ B _____ C _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual \$ _____ Período: Desde _____ hasta _____ año 20 _____

Cronograma de asistencia

Lunes (Hora)	Martes (Hora)	Miércoles (Hora)	Jueves (Hora)	Viernes (Hora)	Observaciones

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 de 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 _____