



**NOTA DE CONFORMIDAD**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por la presente doy consentimiento al plan de tratamiento que se brinda a mi.....  
..... bajo la modalidad .....

(Nombre y apellido del afiliado para el que se solicita la prestación)  
(Kinesiología, psicología, transporte, CET, Etc)

Asimismo, acepto la gestión a realizar por la obra social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

Firma del afiliado titular: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

Nº De Afiliado: .....

CUIL: .....

Teléfono: .....

Dirección de correo electrónico: .....

Firma del Prestador: .....

Aclaración: .....

DNI: .....