



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: