



Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio

REPÚBLICA ARGENTINA  
R.N.O.S. N° 1-2250-0

**Sede Central**

BALBASTRÓ 453, PISO 1 (C1424CVA)  
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
TEL: 4924-4417 / 4926 / 4927  
4921-1173 - FAX: 4924-3806  
WWW.OSPIVIDRIO.COM

**ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025**

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N.º .....,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

**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 el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....