

NOTA DE CONSENTIMIENTO

Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad

Ley 24.901

Completar todos los campos del formulario

Quien suscribe				
Con DNI Nº				
Afilado a OSMECON SALUD, presta mi conformidad del tratamiento y/o práctica:				
A favor del afiliado con discapacidad:				
DNI				
Por el periodo	Desde	Hasta:	AÑO:	

Esta constancia se enmarca en los consideraciones de las Resoluciones para recupero SUR vigentes a la emisión del año del presente formulario, normativas a través de las cuales se financiará el tratamiento.

Dado en la ciudad de **GRAL. SAN MARTIN** a los..... días del mes de del...Año

Los abajo firmantes reconocen haber leído las normas de procedimientos para la gestión de expedientes y las normas de facturación para prestaciones de discapacidad.

Firma y sello profesional actuante

--

Firma del beneficiario o padres si es menor de edad

--

Aclaración

Aclaración