

Planilla de consetimiento. Discapacidad. Especialidades de Rehabilitación ambulatoria.

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio de atención Localidad

Provincia Teléfono

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Email

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad (según mecanismo INTEGRACION) **Cantidad de Sesiones** **Monto por Sesión \$** **Monto Mensual \$**

Prestación / Especialidad (según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad de Sesiones	Monto por Sesión \$	Monto Mensual \$

Período del ciclo Lectivo Desde Hasta Año

Cronograma de Asistencia

Especialidad	Días y Horarios		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Observaciones

Firma y Sello del responsable de la Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario N° Beneficiario N° DNI

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

Lugar del Consentimiento Fecha del Consentimiento