

Conformidad de Tratamiento

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Quien suscribe

Con DNI /LE /CI N°

Afiliado a la OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE, presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica:

A favor del afiliado: DNI

Por el período: Desde Hasta Año

Esta constancia se enmarca en los considerandos de las Resoluciones para recupero S.U.R. vigentes a la emisión del año del presente formulario, normativas a través de las cuáles se financiará el tratamiento.

Dada en la ciudad de

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 del Titular

Firma del beneficiario
(o padres si es menor de edad)

Aclaración Aclaración

Firma y Sello
del Prestador 1

Firma y Sello
del Prestador 2

Aclaración Aclaración