

ANEXO II

CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA 2017

Quien suscribe.....

Con DNI /LE /CI N°

Afiliado a la OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPGANDA MÉDICA, por el presente reconozco haber leído el Instructivo para la gestión de Expedientes por Discapacidad, y presto mi conformidad para el tratamiento y/o práctica:

.....
.....

A favor del afiliado con discapacidad.

.....

Esta constancia se enmarca en los considerandos de la Resolución 1200/2012 y modificatorias, normativas a través de las cuales se financiará el tratamiento.

Dada en la ciudad de..... a los..... días del mes de del año 20.....

.....
Firma y aclaración del titular

.....
Firma y sello PRESTADOR 1

.....
Firma y aclaración del titular

.....
Firma y sello PRESTADOR 2

.....
Firma y aclaración del titular

.....
Firma y sello PRESTADOR 3

.....
Firma y aclaración del titular

.....
Firma y sello PRESTADOR 4

**Será motivo de DEVOLUCION DE DOCUMENTACION:
"la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo"**