



Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio

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

Sede Central

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

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2027

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: