OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: sept 2024

ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

RECUERDE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON CUD

Yo, *(Familiar | Responsable | Tutor)*
con documento tipo ( ) Nº , 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.

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACÍON	
		DESDE	HASTA

Fima y aclaración Fecha

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: *(Beneficiario con CUD)*

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Fima y aclaración Documento