

Conformidad de Tratamiento y/o Práctica



ASUNT

ACCIÓN SOCIAL
Universidad Nacional de Tucumán

Completar todos los campos del Formulario

Quien suscribe

Con DNI /LE /CI N°

Afiliado a ASUNT

N°

presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica:

A favor del afiliado con discapacidad:

DNI

Por el período: Desde

Hasta

Año

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

Firma y Sello
del Prestador 3

Firma y Sello
del Prestador 4

Aclaración

Aclaración

Firma y Sello
del Prestador 5

Firma y Sello
del Prestador 6

Aclaración

Aclaración