



PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD

Por la presente tomo conocimiento y he comprendido lo expresado en este documento en relación al alcance y condiciones de prestación del Programa de Cuidados Domiciliarios y presto mi conformidad y acepto los términos de éste, habiendo evacuado las dudas o aclaraciones pertinentes para que el/la:

Afiliado/a: _____

DNI: _____ con domicilio real de asistencia, en calle: _____ N° _____, de la localidad de _____, sea admitido en el programa, y reciba la atención en domicilio a través de los equipos contratados a tal fin por parte del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS).

Familiar responsable a cargo: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Teléfono de contacto 1: _____

Teléfono de contacto 2: _____

Dirección: _____

E-mail: _____

Fecha, Firma, Aclaración y DNI

Responsable alternativo: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Teléfono de contacto 1: _____

Teléfono de contacto 2: _____

Dirección: _____

E-mail: _____

Fecha, Firma, Aclaración y DNI