

Consentimiento de especialidades de rehabilitación ambulatoria

(Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

Datos del prestador

Razón Social		
Domicilio de atención	Localidad	Provincia
Teléfono ()		

Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° de DNI
Email	

Datos de la prestación

Prestacion/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad de sesiones	Monto por sesión	Monto mensual
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Período		
Desde	Hasta	Año

Cronograma de asistencia

Especialidad	Lunes Desde - Hasta	Martes Desde - Hasta	Miércoles Desde - Hasta	Jueves Desde - Hasta	Viernes Desde - Hasta	Sábado Desde - Hasta

Firma y sello del responsable de la Institución	Aclaración
---	------------

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario	N° de Beneficiario	N° de DNI
Firma del Beneficiario o del Representante	Aclaración del firmante	Parentesco
		N° de DNI del firmante
Lugar del Consentimiento	Fecha del Consentimiento	

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.