

PEDIDO DE AUTORIZACIÓN

Fecha: / /

Lugar: _____

AFILIADO _____ N°: _____

PLAN _____

TIPO DE PRESTACIÓN _____

Agradeciendo su atención, se solicita complete la información que se le requiere a continuación,
para la autorización correspondiente.

Se solicita autorización para la atención de _____ sesiones psicológicas correspondientes
al mes de _____ año _____.

DÍA DE ATENCIÓN

FIRMA CONFORMIDAD DEL AFILIADO

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

Firma Profesional (Mat.)