PLANILLA DE REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

👤 DATOS DEL AFILIADO

- Nombre y Apellido: _____
- DNI: _____
- Nº de Afiliado: _____
- Diagnóstico: _____

✍️ PERSONAS AUTORIZADAS A FIRMAR

Nº	Nombre y Apellido	DNI	Vínculo	FIRMA	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					

📝 DECLARACIÓN

El afiliado y/o su representante legal deja constancia de que las personas arriba mencionadas se encuentran **debidamente autorizadas a firmar la asistencia a terapias y/o prestaciones**, en su nombre, cuando sea necesario.

🖋️ FIRMAS

Firma del Padre/Madre/Tutor/Responsable Legal: _____

Aclaración: _____

NEUROS