



ANEXO XII DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña , con DNI número.....en nombre y representación de , con N.I.F. , perceptor de la prestación de Neuropsiquiatría en la modalidad de.....

DECLARA bajo su responsabilidad:

-Que está conforme con el tratamiento que viene siendo dispensado por el Centro/Profesional sanitario.....

-Que el tratamiento objeto de facturación por el Centro o profesional sanitario se ajusta al tratamiento efectivamente dispensado.

-Que el estudiante ha recibido tratamiento los días objeto de facturación por el Centro o profesional sanitario.

En.....,, de.....de.....

Fdo: