

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF MPN INFORMATION

I acknowledge that I have received information regarding my employer's use of a Medical Provider Network (MPN) for workers' compensation claims.

Employee Name (please print)

Employee DOB

Employee Signature

Date

Employer: Please provide a signed copy to employee and place signed original in the personnel file.

ACUSE DE RECIBO DE LA INFORMACION DE LA MPN

Yo admito haber recibido informacion relacionada con la utilizacion port parte de mi empleador de una Red Provedora Medica para reclamos de Indemnizaciones a los Trabajadores.

Nombre del Empleado (escribir con letra imprenta) (Employee Name-print)

Fecha de empleado de nacimiento (Employee date of birth)

Firma del Empleado (Employee Signature) Fecha Actual (Date)

Empleador: sirvase incluir en el archivo del personal del empleado