

## Acknowledgement of Receipt of MPN Information

I acknowledge that I have received information regarding my employer's use of a Medical Provider Network for Workers' compensation.

---

Employee's Name (Please Print)

---

Employee's Signature

---

Today's Date

Employee: Please return this form to your employer  
Employer: Please place in Employee's Personnel File

---

## Reconocimiento De Recibo De La Información De La MPN

Yo admito haber recibido información relacionada con la utilización por parte de mi empleador de una Red Proveedora Medica para reclamos de Indemnizaciones a los Trabajadores.

---

Nombre del Empleado (Escriba con letra imprenta)

---

Firma del Empleado

---

Fecha Actual

Empleado: Por Favor devuelva este formulario a su empleador  
Empleador: Incluye este formulario en el archivo del empleado

---