

NOTA DE BAJA DE PRESTACION

Buenos Aires, ____ de _____ 20__

Nombre y Apellido Beneficiario:

D.N.I.:

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de baja de la prestación de :
_____ a cargo de _____ a partir del
día _____

FIRMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.:

VÍNCULO: