

NOTA DE SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

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 _____

Asimismo, solicito alta de dicha prestación a cargo de el /la profesional y/o institución:
_____ y a partir del día _____

FIRMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.:

VÍNCULO: