

ANEXO 10

Nota Solicitud de cambio/Baja de Prestador /Suspensión temporaria (Completar todos los campos)

Fecha:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI./LC/LE:

Por medio de la presente deajo constancia del requerimiento de la baja de la prestación

De_____

A cargo de_____

A partir del día _____

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo del Profesional y/o Institución

A partir del Día_____

Firma_____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____

Teléfono: _____

Mail de Contacto: _____