

NOTA DE SOLICITUD PARA CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA: __/__/20__.

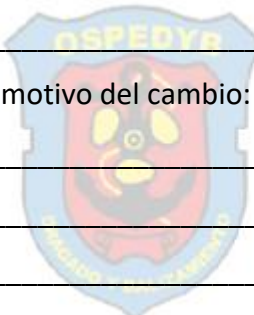
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO: _____.

DNI DEL BENEFICIARIO: _____.

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

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

Describir motivo del cambio:



OBRA SOCIAL
PERSONAL DE DRAGADO Y BALIZAMIENTO
RNOS 1-2870-6

FIRMA: _____.

ACLARACIÓN: _____.

DNI: _____.

VÍNCULO: _____.