

Solicitud de Cambio de Prestador

Córdoba, _____ de _____ de 20__

Apellido y nombre : _____

(Del beneficiario que recibe la prestación)

Nro de D.N.I.: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

A cargo de _____

a partir del día ____/____/____

Solicito nueva alta de la prestación de _____

A cargo de _____ a partir del día ____/____/____

por el período _____

Motivo de la solicitud: _____

Paciente o responsable: _____ Firma _____

Aclaración: _____ Vínculo: _____

D.N.I.: _____