

NOTA BAJA DE PRESTADOR/ CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha __/__/__

Beneficiaria/o:

DNI:

Por medio de la presente, dejo constancia de la **baja** de la prestación

de _____,

a cargo de _____ a partir del día/...../.....
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito **NUEVA ALTA** de la prestación de _____

a cargo de _____ a partir del día/...../
(Nombre del profesional y/o institución)

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo: _____