

Nota de solicitud de cambio de prestador

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre

Nº de DNI

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

(Ejemplo, Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____,

(Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____ / ____ / ____ . cobertura

Solicito nueva alta para la cobertura de la prestación de

(Ejemplo, Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____

(Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____ / ____ / ____ y por el periodo _____.

El motivo de esta solicitud es:

Paciente o responsable

Firma	Aclaración	Nº DNI	Vínculo

Se deberá tener en cuenta que solo se aceptará 2 (dos) cambios por año por prestador.