Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios
Inscr. Nº 127604 R.N.O.S.

Nota de solicitud de cambio de prestador

Fecha: _____/____/2027

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.