SOLICITUD DE BAJA DE PRESTADOR

Lugar de emisión: _____ Fecha: ___/___/___

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: _____ N° DNI: _____

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de _____
a cargo de _____ a partir de _____.
El motivo por el cual se solicita la baja es _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

_____
Firma

_____
Aclaración

_____
D.N.I.

_____
Vínculo