

Declaración de cambio de prestador

Buenos Aires De de 20.....

*Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el
cambio de prestador para el tratamiento de
que recibe mi hijo/a
Declaro que el prestador/a dejó de
brindar la prestación en el mes de
En su reemplazo se desempeñará el prestador/a
a partir del mes de*

Motivo del cambio:

Firma:

Aclaración:

DNI: