**NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

……….................., ………. de …………………….. de 2022

AFILIADO: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

DNI: ………………………………….

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de: ……………………………

a cargo de: ..............................................…………………………………… a partir del .....................……………………… .

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de el/la profesional y/o institución: ……......................

…………………………………………………………………………………………………… a partir del …..……………………………………….

FIRMA: ……………………………………….

ACLARACIÓN: ……………………………………….

DNI: ……………………………………….

VÍNCULO: ……………………………………….