Anexo 1.6 Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador

……..……, de…….. de 202.....

Beneficiario causante: ……

DNI/LC/LE: ……..……

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

..... a cargo de ……....
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día ...../...../.....
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito **nueva alta** para subsidio de la prestación de..... ,

a cargo de ..... a partir del día ...../...../ ..... y por el
(Nombre del profesional y/o institución)

período..... año……

Paciente o responsable
Firma
Aclaración
DNI
Vínculo