NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: _____

Afiliado/a: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, solicito se registre la **baja de la prestación** de:

_____ *(Ej.: Psicología, CET, EGB, etc.)*

con el/la profesional y/o institución *(nombre y apellido del profesional o nombre de la institución)*:

_____

a partir de la siguiente fecha: _____

Asimismo, solicito se gestione el **alta de la misma prestación** con el/la profesional y/o institución:

_____

a partir de: _____

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI

NOTA DE SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO

Fecha: _____

Afiliado/a: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, solicito se registre la **baja de la prestación** de:

_____ *(Ej.: Psicología, CET, EGB, etc.)*

con el/la profesional y/o institución *(nombre y apellido del profesional o nombre de la institución)*:

_____

a partir de la siguiente fecha: _____

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI