CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-026

2027

Modelo Nota de Solicitud de Abandono de Tratamiento

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido .....

N° Afiliado Tipo y N° de documento

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la Baja de las prestación de .....

.....

(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiologia, CET, etc) con el Profesional y/o Institución .....

.....

a partir de la fecha

Motivo de la baja de la prestación

.....

.....

.....

.....

Firma del Beneficiario/Responsable

Firma:

Aclaración .....

Tipo y N° de Documento