OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027- ANEXO 1.5 - SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha:...../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Sres. OSUTHGRA:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el propósito de comunicar e informar una modificación en la cobertura médica vigente, solicitando la baja y la correspondiente alta de las prestaciones detalladas a continuación:

1. **BAJA DE PRESTACIÓN**

Tipo de Prestación: …… ……

(Ej: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, Hogar, etc.)

Nombre del Profesional o Institución: ……

A partir del día: ...../……./2027

2. **ALTA DE LA PRESTACIÓN**

Tipo de Prestación: ……..

(Ej: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, Hogar, etc.)

A cargo de (Profesional o Institución): ……

A partir del día: ...../……./2027

3. **MOTIVO DEL CAMBIO** ……

……

……

……

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……