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

# 2027- ANEXO 1.6 - SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

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 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: ...../……/ 2027

D.N.I: ……  Firma:.....

Parentesco:.....  Aclaración: …….