NOTA DE BAJA DE PRESTACIÓN

Fecha: _____/ _____/ _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N.° de Documento: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar la baja de la prestación de _____

a cargo de _____ a partir de la fecha _____/ _____/ _____ .

Motivos:

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Firma del afiliado / representante (En caso de ser el representante, detallar parentesco.)	Aclaración	N.° de Documento