

**Solicitud Cambio de Prestador
(PADRES)**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO : _____

DNI : _____

A través de la presente solicito baja de la Prestación _____
a cargo del Prestador _____ a partir del día ____/____/____.

El motivo es _____

A su vez, quiero solicitar autorización para que el Prestador _____
retome/comience la Prestación _____ a partir del
día ____/____/____.

El contacto de dicho Prestador es: _____

Firma Afiliado / Responsable

Aclaración

Parentesco del Responsable

DNI

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090