

**Solicitud Baja 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 de _____
a cargo del Profesional o Centro: _____

El motivo es (ser lo más detallista posible):

Firma y Aclaración del
Afiliado o Responsable

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090