

**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

