

**Solicitud Baja de Prestación
(PRESTADORES)**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL PRESTADOR:

RAZÓN SOCIAL : _____

CUIT: _____

A través de la presente solicito baja de la Prestación de _____
al Afiliado _____ cuyo DNI es: _____

El motivo es (ser lo más detallista posible): _____

La familia fue notificada oportunamente. ☐ SI ☐ NO

A la familia les ofrecí el contacto de un Colega ☐ SI ☐ NO. En caso de ser afirmativo,
por favor anotar los datos: _____

Firma y Sello Profesional

