

Solicitud de Baja de Prestación

Córdoba, _____ de _____ de 20__

Apellido y nombre : _____
(de quien recibe la prestación)

Nro de D.N.I.: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

A cargo de _____
a partir del día ___/___/___

Motivo de la solicitud: _____

Paciente o responsable: _____ Firma _____

Aclaración: _____ Vínculo: _____

D.N.I.: _____