OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 30
Nota Solicitud de cambio/Baja de Prestador /Suspensión temporaria
(Completar todos los campos)

Fecha:
Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI./LC/LE:

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

De_____

A cargo de_____

A partir del día _____

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo del Profesional y/o Institución

_____

Sujeta la fecha del inicio de la nueva profesional/institución a la autorización de la Auditoría de Discapacidad de la Obra Social OSPIM

Firma_____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____

Teléfono: _____

Mail de Contacto: _____