ANEXO 30
Nota Solicitud de cambio/Baja de Prestador /Suspensión temporaria

(Completar todos los campos)

Fecha:
Nombre y Apellido del Beneficiario:
DNI:

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

_____

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 Mecanismo de Integración de la Obra Social OSPIM**

Firma del familiar/tutor a cargo:

Aclaración:

DNI:

Vinculo:

Teléfono:

Correo electrónico: