

## CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de *(indicar prestación, por ejemplo: "Psicología")* \_\_\_\_

para el asociado \_\_\_\_

DNI \_\_\_\_ A partir del mes de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_,

dejará de asistir con *(indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía)* \_\_\_\_y comenzará con *(indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá)* \_\_\_\_El motivo del cambio *(detallar motivos del cambio de prestador)* \_\_\_\_

Firma

Aclaración

DNI