

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 12

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 a asistir con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá*) _____

a partir del mes de: _____ del año: _____

El motivo del cambio (*detallar motivos del cambio de prestador*) _____

Firma

Aclaración

DNI