

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