



PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Buenos Aires, de de 20.....

Declaración cambio de prestador:

Por medio de la presente informo en carácter de afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de que recibe mi Afiliado N° (nombre y apellido)

Declaro que el prestador/a dejó de brindar la prestación en el mes de

En su reemplazo se desempeñará el prestador/a a partir del día del mes de

Motivo del cambio:
.....
.....

Firma:

Aclaración:

DNI:

N° Afiliado/a: