



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA

NOTA DE SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

Buenos Aires, de20.....

Nombre y Apellido Beneficiario:

D.N.I.:

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de baja de la prestación de: a cargo de a partir del día

Asimismo, solicito alta de dicha prestación a cargo de el /la profesional y/o institución: a partir del día

FIRMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.:

VÍNCULO: