

PLANILLA PARA BAJA/ALTA DE PRESTADOR (ANEXO 10)

Dirigido a: OSPENA

Fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de BAJA de la prestación
de (indicar la prestación)

brindada por (indicar nombre de la profesional/institución/transporte)

..... a

partir del día /..... /.....

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de ALTA de la prestación
de (indicar la prestación)

brindada por (indicar nombre de la profesional/institución/transporte)

..... a

partir del día /..... /..... y para el periodo comprendido desde (indicar mes y año)

.....

BENEFICIARIO O FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

VÍNCULO:

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL/INSTITUCIÓN/TRANSPORTE DE ALTA: