

ANEXO IV – DECLARACIÓN DE CAMBIO DE PRESTADOR/A

Buenos Aires, ____ / ____ / ____

Por medio de la presente, informo en carácter de titular / responsable / tutor/a el cambio de prestador/a para la prestación de _____
que recibe el afiliado/a:

Nombre: _____

DNI: _____

Declaro que el/la prestador _____

dejó de brindar la prestación en la fecha ____ / ____ / ____

En su reemplazo, doy el alta al prestador/a _____

a partir de la fecha ____ / ____ / ____

Motivo del cambio:

Firma del afiliado/a familiar responsable / tutor/a: _____

Aclaración: _____

DNI: _____