



Bon Salud

ANEXO 11.10 – BAJA DE PRESTACIÓN

Lugar y Fecha de emisión: _____

Beneficiario causante: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de:

_____ (Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc) a cargo de

_____ (Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día _____

Motivo de la baja de cobertura _____

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de _____

a cargo de (Nombre del profesional y/o institución) _____

a partir del día _____

y por período _____ año _____

Firma del/la paciente o Responsable

Aclaración

DNI Firmante