

Anexo 9

Declaración de cambio de prestador

Buenos Aires..... De.....de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de..... que recibe el afiliado/a.....

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

En su reemplazo se desempeñará el prestador/a..... a partir de la fecha/...../.....

Motivo del cambio:

Firma:

Aclaración:

DNI: