

## Anexo 5

Declaración de cambio de prestador/a

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 del afiliado/a titular:

Aclaración:

Justificación médica del cambio:

Firma y sello del médico: