

FORMULARIO - NOTA DE SOLICITUD DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO DE BENEFICIARIO: _____

DOCUMENTO: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____ con el profesional / institución _____

Motivo de la baja: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO