



Planilla 6 - SOLICITUD DE CAMBIO O BAJA

A ser completada y firmada por el afiliadx o efector del servicio según el caso. La presente constituye una Declaración Jurada.

Trámite N°:

Nombre y apellido del afiliadx:
Número de afiliadx:

BAJA DEL EFECTOR DEL SERVICIO A ser completada por el afiliadx o por el AT

Nombre del efector que se solicita dar de baja:
Fecha de baja / / .
Motivo de baja: _____

Documentación para adjuntar al solicitarse una baja de efector:

- Fotocopia del DNI de quien firma la presente
- Fotocopia de la orden de prestación

Firma y aclaración del Efector o del Afiliadx/familiar (indicar parentesco)

Fecha

CAMBIO DE EFECTOR DEL SERVICIO A ser completada por el afiliadx

Nombre y apellido del efector que se solicita dar de baja
Fecha de baja / / .
Nombre y apellido del efector que se solicita dar de alta
Fecha de baja / / .
Motivo del cambio: _____

Documentación a adjuntar para este nuevo efector:

- Planilla 3 (Propuesta del servicio).
- Plan de tratamiento.
- Cronograma horario de sesiones.
- Fotocopia del DNI de quien firma la misma.
- Fotocopia de la orden de prestación.

Esta planilla para cambio de efector está destinada sólo a afiliadx con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante el trámite habitual.

Firma aclaración y parentesco (si no es el afiliadx)

Fecha