IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

NOTA BAJA DE PRESTACIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Fecha _____ / _____ / _____

Nombre y apellido del/la afiliado/a _____

DNI: _____

Solicito la baja de la prestación de Atención Domiciliaria Integral. Actualmente, el servicio lo brinda la empresa llamada _____

_____

A partir de la fecha: _____

Exprese brevemente los motivos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI
Del/la afiliado/a responsable