



BAJA DE PRESTACIÓN DE OXÍGENOTERAPIA

Fecha / /

Nombre y apellido del/la afiliado/a _____

DNI: _____

Solicito la baja de la prestación de Oxígeno terapia. Actualmente, el servicio lo brinda la empresa llamada _____

A partir de la fecha:

Expresar brevemente los motivos:

[illegible]

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