

Anexo 4

Declaración de baja prestación

Buenos Aires..... De.....de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación de..... que recibe el afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a.....dejó de brindar la prestación en la fecha/...../.....

Motivo de la baja:

Firma del afiliado titular:

Aclaración:

DNI: