

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE
TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 Capital Federal

**NOTA SOLICITUD CAMBIO
DE PRESTADOR**



Ciudad de....., de de 20.....

Beneficiario Causante:	
Nº DNI / LC / LE:	

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de a cargo del
(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc.)

..... a partir del día/...../.....
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito autorización de la prestación de a cargo de a partir del día/...../.....
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el período.....

Paciente / Familiar / tutor responsable	
Firma	
Aclaración	
Nº DNI	
Vínculo	