

NOTA DE SOLICITUD DE BAJA DE PRESTADOR

FECHA:/...../.....

Beneficiario:

DNI:

Por medio de la presente, deixo constancia de solicitud de baja de la prestación de.....con el prestador.....a partir de la fecha/...../.....

Motivo de la baja de la prestación:
.....
.....

Firma.....

Aclaración.....

DNI