

**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 .....