

Fecha: / /

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del paciente:

En mi carácter de representante legal del paciente mencionado y mediante la presente nota, solicito el cambio de prestador para el tratamiento de (prestación), a partir del día del mes de de 202.....

El nuevo profesional que atenderá al beneficiario será el/la Lic./Sr./Sra./Institución:

(nuevo prestador designado).

Las razones del cambio de prestador son las siguientes:

Firma representante legal del beneficiario:

Aclaración:

(nombre y apellido y mencionar si es padre madre o figura de apoyo)