

Fecha: / /

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del paciente: **Edad** **Sexo**

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 201.....

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 tutor)