

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

SOLICITUD ALTA INMEDIATA

SRES.
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a fin de solicitar el alta inmediata de la Opción de Cambio N° _____ a la Obra Social _____ firmada el día _____

Saluda ATTE.

Firma _____ Aclaración _____

D.N.I. _____ Dirección _____ Tel _____