

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. \_\_\_\_\_