

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

SOLICITUD ANULACIÓN DE OPCIÓN DE CAMBIO

**SRES.
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Por la presente solicito la Anulación de la Opción de Cambio que a mi nombre

_____ y con el CUIL N° _____ se refleja en los registros de esa Superintendencia bajo el Formulario N° _____ de fecha _____ hacia la Obra Social _____.

Certificó

- No haber concurrido a ninguna Obra Social a solicitar traspaso.
- No haber firmado Formulario de Opción de Cambio alguno
- No haber firmado Libro de Opción de Cambio Res. 37/98

Siendo mi deseo permanecer en la Obra Social _____.

Esperando una pronta resolución.

CERTIFICACIÓN DE FIRMA

Firma:

Aclaración:

DNI:

Dirección:

Tel:

DE ENVIARSE POR CORREO:

Se deberá Certificar la Firma por Autoridad Competente y adjuntar a la presente **la siguiente documentación:** Fotocopia de DNI (1y 2 hoja), y fotocopia de recibo de sueldo (ultimos dos).