

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

SOLICITUD ANULACIÓN DE OPCIÓN DE CAMBIO - RAZONES MÉDICAS

**SRES.
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Por medio de la presente solicito que se realice la Anulación de la Opción de Cambio que se encuentra en los registros de vuestra Superintendencia bajo en N° _____ con fecha _____ a la Obra Social _____, siendo mi deseo permanecer en la _____.

El motivo de la presente solicitud se debe a _____

Saludo Atentamente.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Dirección:

Email:

Tel: