

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

SOLICITUD FINALIZACIÓN DE OPCIÓN

SRES
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Me dirijo a Ustedes a fin de solicitar la finalización de la Opción de Cambio N°
_____ realizada en la fecha _____

El motivo de la misma es que actualmente me encuentro trabajando para _____
_____ y quiero utilizar los servicios de la Obra Social

Firma _____ Aclaración _____

D.N.I. _____ Dirección _____ Tel _____

Adjunto:

- Fotocopia de DNI.
- Certificación laboral extendida por el empleador actual o recibo de sueldo.