



OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO Nº 1 - 1070 - 1

F.05.13v202309

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad **BAJA DE PRESTACIÓN / PRESTADOR**

Esta planilla debe ser presentada en la Obra Social en caso de baja de prestador durante un período ya autorizado.

DATOS IDENTIFICATORIOS

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

REQUERIMIENTO DE BAJA DE PRESTACIÓN / PRESTADOR

Por la presente, dejo constancia del requerimiento de baja de la prestación ya autorizada de

número de solicitud

(Ej: fonoaudiología, psicología, transporte, Centro de Día, etc.)

brindada por

(nombre del/la profesional o institución)

a partir del día

/ /

Fecha

Firma y aclaración del Afiliado o responsable

Vínculo