



ANEXO 5: BAJA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD

Por la presente se informa que se deja sin efecto la prestación de discapacidad de nuestro beneficiario según los datos detallados a continuación:

BENEFICIARIO										DNI N°														
Apellido y Nombres																								
N° beneficio		4	0	-	5	-															GradoParentesco			
Fecha de Nacimiento										Género		Tel												
Domicilio		Calle								N°														
Localidad						Provincia						CP												
PRESTADOR AUTORIZADO										CUIT														
Nombre / Razón Social										N° Prestador¹														
Domicilio		Calle								N°														
Localidad						Provincia						CP												
Teléfono						Mail																		

Causas del egreso																					
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Baja																				
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma y sello del funcionario interviniente

1: Según número otorgado por PFIS