

### BAJA DE PRESTACIÓN DE TRANSPORTE

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

<b>AFILIADO</b>															<b>DNI N°</b>													
Apellido y Nombres																												
N° beneficio	4	0	-	5	-																							
Fecha de Nacimiento																												
Domicilio		Calle												N°														
Localidad							Provincia								CP													
<b>PRESTADOR AUTORIZADO</b>					<b>CUIT</b>																							
Nombre / Razón Social												<b>N° Ente</b>																
<b>Causas del egreso</b>																												
<b>Firma, aclaración y DNI del transportista</b>										<b>Fecha</b>																		
<b>Fecha de Baja</b>										(a ser completada por Incluir Salud. 30 días posteriores a la fecha de presentación)																		