



F3 - FORMULARIO DE BAJA
SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Fecha:

Nombre y apellido:

CUIL:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

N° de Afiliado a la Caja:

POR EL PRESENTE SE SOLICITA LA BAJA AL SERVICIO DE SALUD A PARTIR DEL DIA DE LA FECHA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Personas a dar de baja

Marcar

Titular

Titular y familiar a cargo

Familiar a cargo

DATOS DE FAMILIARES A CARGO A DAR DE BAJA

Apellido y nombre

Parentesco

CUIL

MOTIVO DE BAJA

Motivo

Marcar

Motivo

Marcar

Tiene otra obra social

Alto costo y coseguros

Corte de servicio

Disconformidad con el servicio

Razones particulares

Otros

Firma y aclaración del socio titular

