



Obra Social del Personal Marítimo
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
REGISTRO S.S.S. 1-1180
S.O.M.U.



VENEZUELA 1427 / 29
(1095) CAPITAL FEDERAL

TEL.: 4381-2486 / 4362 / 3649 / 1039
FAX: 4381-5818
E-mail : ospm@teletel.com.ar

Nota de solicitud de cambio de prestador

Fecha:.....

Nombre y apellido del afiliado:

N° de afiliado: DNI:

Por medio de la presente, deixo constancia del requerimiento de BAJA de la prestación:

A cargo de: _____

A partir del día: / /

Solicito nueva ALTA para la cobertura de la prestación de:

A cargo de: _____

A partir del día: / / Y por el periodo de: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____