

(Lugar y fecha)..... /..... /.....

A Dirección de Información en Salud (DIS)

S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la BAJA de los siguientes establecimientos de salud:

Nombre del Establecimiento	Código	Domicilio	Partido	Fecha de Baja	Motivo

Sin otro particular saludo a Ud. muy atentamente

***IMPORTANTE:** Se recuerda que la presente nota debe estar firmada por el Secretario de Salud o el Intendente del Municipio.*