



REF: Renuncia Servicio Complementario.

Fecha.....

Señor

Director Provincial del

Instituto Autárquico Provincial de Obra Social

S _____ / _____ D

El que suscribe Número de Documento afiliado *TITULAR del INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL (I.A.P.O.S.)* se dirige a Ud. con el propósito de presentar su **renuncia al Servicio Complementario**, solicitando suspender el descuento correspondiente.

Declaro conocer que la renuncia al Servicio Complementario significa no tener acceso a los elementos médicos y servicios que comprende la cobertura del mismo, y que la misma implicará la restricción de reingreso como beneficiario del mismo durante un período de 6 meses desde la efectiva baja.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

.....
Firma del Titular .

NOTA: Adjuntar fotocopia del último recibo de sueldo.