LOS ANGELES COUNTY
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

JONATHAN E. SHERIN, M.D., Ph.D., Director
ROBIN KAY, Ph.D., Chief Deputy Director
RODERICK SHANER, M.D., Medical Director

Response Letter Sample for Change of Provider Request Appointment Scheduling
2019-05 - Attachment 3

Enter Date

Enter Beneficiary's Name
Enter Address
Enter City, Enter State Enter ZIP Code

ASUNTO: SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR

Estimado/a Enter Sr. or Sra. and Beneficiary's Last Name:

Esto es para confirmar nuestra conversación reciente con respecto a su solicitud de cambio de proveedores. Su nuevo proveedor es Enter Staff Name.

Una cita ha sido programada para el Enter Day/Date at Enter Time.

Si desea volver a programar esta cita, por favor póngase en contacto con nuestra oficina llamando al Enter Phone Number.

Sinceramente,

Enter Program Manager's Name
Enter Program Name

Enter Initial(s)

c: