



AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
Secretaría Administrativa

Calle 6 N° 1137 - LA PLATA - 1900 - LINEAS ROTATIVAS 425-5208 / 4255213

La Plata,/...../.....

Subsidio por Enfermedad Transitoria

El que suscribe, asociado a la Agrerriación Médica Platense, solicita al Consejo Directivo el otorgamiento del subsidio por ENFERMEDAD TRANSITORIA, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación respectiva. Al efecto del otorgamiento adjunto certificado médico en el que consta el período de reposo, copia de resolución de cancelación de matrícula transitoria del Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As. Distrito I. Sin otro particular, saluda a Ud. Atentamente.

Datos del Profesional:

| Apellido y Nombre:.....

| Matrícula:.....

| Domicilio Particular:.....

| Teléfono:

FIRMA

Informe de Asesoría Legal:.....

.....

FIRMA

Informe de Tesorería:

Registra Subsidio anterior: SI NO

Período:|.....|.... al|.....|.....

.....|.....|.... al|.....|.....

Estado de pago de Cuota Societaria:.....

Importe a Liquidar:.....

Observaciones:.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

Resolución de Mesa Directiva:|.....|.....

Aprobado SI NO

Ad Referendum aprobado en reunión de Consejo Directivo.

Observaciones:.....

.....

REQUISITOS:

- Certificado médico en el que conste el período de reposo. - Cancelación de matrícula.
- Cuota Social al día - 1 año de agremiado.