



AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Secretaría Administrativa

Calle 6 Nº 1137 - LA PLATA - 1900 - LINEAS ROTATIVAS 425-5208 / 4255213

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

Subsidio por Incapacidad Definitiva o Fallecimiento

La que suscribe, asociada a la Agrupación Médica Platense, solicita al Consejo Directivo el otorgamiento del subsidio por INCAPACIDAD DEFINITIVA O FALLECIMIENTO, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación respectiva. Al efecto del otorgamiento, adjunto documentación requerida.

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:

- Cuota Social al día - 1 año de agremiado - Certificado donde conste el fallecimiento del Profesional -
- Fotocopia del DNI del/los beneficiario/s -