# Resistencia ....... de ..............................20......-

**Señores:**

**Colegio de Odontólogos del Chaco**

**S--------------------/---------------------D**

De mi mayor consideración:

 Me dirijo a Uds. a efectos de solicitar el Alta al Seguro de Práxis Médica, y abonarlo por Caja del 01 al 05 de cada mes, en caso de incurrir en mora, acepto la baja automática del Seguro contratado.

 Sin otro particular saludo muy atte.-

 Firma: ..............................................................................................

 Aclaración: ......................................................................................

 M.P. :................................................................................................

 D.N.I. :.............................................................................................

 Teléfono:....................................................................................….

 Domicilio Part.:...............................................................................

 Domicilio Laboral:..........................................................................

 Localidad:........................................................................................

 C.P.:................................................................................................

 Dir. de e-mail o correo electrónico:……………………………….