# 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:……………………………….