



Colegio de Odontólogos de la Provincia del Chaco

Av. San Martín 125 – email: secretaria@colodchaco.org.ar – TE: (0362) 4422337.Rcia

Decreto Ley 1834 G

Resistencia.....

SOLICITUD DE SUBSIDIO/REINTEGRO

Señores

Presidente del Colegio de Odontólogos

Me dirijo a Ud. a los efectos de solicitar el Subsidio / reintegro.....

.....según el Reglamento de Subsidios y Seguros
vigente al día de la fecha; aceptando los términos y condiciones que en el se detallan.

A tal efecto adjunto la documentación correspondiente para el pago del mismo.

Sin otro particular lo saludo atentamente.-

Firma.....

Nombre y Apellido.....

Matricula.....