

Designación Beneficiarios



staff médico
Medicina privada

SMS 01 FORMULARIO 800

ASOCIADO: _____ N°: _____

ENTIDAD: _____

A LOS FINES DE MANTENER DEBIDAMENTE ACTUALIZADO EL REGISTRO DE ASOCIADOS Y SUS BENEFICIARIOS, ROGAMOS A USTED CUMPLIMENTE LO REQUERIDO EN LOS ESPACIOS EN BLANCO.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ D.N.I. - L.E. - L.C. N° _____

CALLE: _____ N° _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ Pcia.: _____

BENEFICIARIO DESIGNADO PARA EL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ D.N.I. - L.E. - L.C. N° _____

CALLE: _____ N° _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ Pcia.: _____

SE DEBE DESIGNAR SOLO UN BENEFICIARIO POR FORMULARIO Y ES CONVENIENTE QUE LOS MISMOS NO SEAN MENORES DE EDAD, DADA LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS AL RESPECTO.

DEJO EXPRESA CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS.

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA DEL ASOCIADO