

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

FECHA/...../

Sr/a. Presidente del
Colegio de Odontólogos de la
Provincia de Bs. As. – Distrito I
S/D

De mi consideración:

El/La que suscribe
Matrícula Provincial N° con Domicilio Real en calle
N° de la ciudad de CP
teléfono celular y correo electrónico
..... con Domicilio Profesional en calle
N° CP de la ciudad de
..... y acorde con lo establecido por la Resolución 01/02 del
Consejo Directivo, Beneficio de Subsidio por Fallecimiento, manifiesta en el pleno uso de sus
facultades, que es de su consciente y categórica voluntad que el subsidio que corresponda
en caso de su fallecimiento se pague a: Sr/a
DNI N°, domiciliado en calle, de la ciudad
de, nacido el día, en,
el porcentaje, % y al Sr/aSr/a
DNI N°, domiciliado en calle, de la ciudad
de, nacido el día, en,
el porcentaje....., % y al Sr/aSr/a
DNI N°, domiciliado en calle, de la ciudad
de, nacido el día, en,
el porcentaje, %.

(Tachar en lo sucesivo las celdas que no se utilicen)

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL