



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

*El que suscribe, _____
_____, con DNI N° _____, domiciliado en la calle
_____(Tel: _____) de la localidad/partido de
_____, se dirige a usted en carácter de Familiar/Apoderado/Tercero
del Dr./a: _____ (MP _____), a fin de solicitar
el beneficio por **Subsidio de Fallecimiento** del matriculado mencionado.*

*A tal fin, adjunto a la presente, certificado de
defunción y/o copia de documentación personal para la correspondiente tramitación.*

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
Firma y Aclaración