

La Plata, ___ de _____ de 20 _____

SEÑOR PRESIDENTE DEL
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - DISTRITO I

S _____ / _____ D

De mi consideración:

El que suscribe, _____

Matrícula Provincial N°: _____, con Domicilio Real en calle: _____

N°: _____ CP: _____ de la ciudad de _____ Tel: _____

y 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 sus conciente y categórica voluntad que el subsidio que corresponda en caso de su

fallecimiento se pague a: _____

Sr/a: _____ documento: _____

domiciliado en calle: _____ de la ciudad de: _____

nacido el día: _____ en: _____ ; el porcentaje: _____ %

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

y al Sr/a.: _____ documento: _____

domiciliado en calle: _____ de la ciudad de: _____

nacido el día: _____ en: _____ ; el porcentaje: _____ %

y al Sr/a.: _____ documento: _____

domiciliado en calle: _____ de la ciudad de: _____

nacido el día: _____ en: _____ ; el porcentaje: _____ %

Sin otro particular, saludo a Ud. con la consideración más distinguida.

.....
Firma y Sello del Profesional

NOTA:

El afiliado que desee mantener en secreto el nombre de los beneficiarios hasta producido se deceso, hará entrega de este formulario en sobre cerrado, lacrado y firmado, al Presidente o autoridad respectiva de este Colegio de Distrito.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PCIA. DE BS.AS. - DISTRITO I