

**FONDO MEDICO DE SOLIDARIDAD
DEL
COLEGIO DE MEDICOS
2da. Circunscripción

España 1715
TE: 4 823479 - 4 822905
2000 - Rosario
★**

ROSARIO, de

Al Señor Director del
FONDO MEDICO DE SOLIDARIDAD
S / D

De mi consideración:

El que suscribe, Dr.
médico colegiado, se dirige a Ud. a fin de solicitar el otorgamiento del subsidio por
..... que por reglamento le corresponde y a cuyos efectos acompaña la documentación correspondiente.

Sin otro particular, le saluda a Ud. muy atentamente.

Dirección:

Tel.: Matrícula:

ROSARIO, de

Informe correspondiente al subsidio del Dr.

Matrícula N° Expediente N° Código N°

El colegiado tiene sus cuotas de colegiación al y ha dado cumplimiento
al aporte anual mínimo establecido, desde su inscripción, gozando de los beneficios a partir del

El Directorio del Fondo Médico de Solidaridad resuelve aprobar el otorgamiento del subsidio por

según constancias presentadas, por el importe de \$

RECIBI CONFORME, LA SUMA DE PESOS:

EN CONCEPTO DEL SUBSIDIO SOLICITADO, RECIBÍ DOCUMENTACIÓN PRESENTADA OPORTUNAMENTE.

Firma:

Aclaración: