

..... (Mnes.), de de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando la BAJA de el/la-las/los siguiente/s
integrante/s de mi grupo familiar de la obra social
IAMIP:

.....

Atentamente.-

.....

Firma y sello

..... (Mnes.), de de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA como afiliado/a a la obra social IAMIP.

Atentamente.-

.....
Firma y sello

..... (Mnes.), de de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación a mi grupo familiar como afiliado/a a la obra social IAMIP, de (hijo/s, esposo/a, etc.).

Adjunto a la presente los formularios correspondientes.

Atentamente.-

.....
Firma y sello

..... (Mnes.), de de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación como afiliado/a a la obra social IAMIP, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Adjunto a la presente los formularios correspondientes.

Atentamente.-

.....

Firma y sello