

..... (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 al Seguro  
Sancor Salud, como integrantes de mi grupo familiar de:

.....

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 al Seguro Sancor Salud, y asimismo el cese de los descuentos desde mi efectiva baja.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

..... (Mes.), ..... de ..... de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando la incorporación al seguro Sancor Salud, de los siguientes integrantes de mi grupo familiar, y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Parentesco:

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Parentezco:

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

