



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MISIONES ZONA SUR**

Personería Jurídica N° A-107
Adherido a la C.O.R.A.
Adherido a la F.O.M

-  Ayacucho 1446
(3300) Posadas - Misiones
-  (0376) 4440777
-  secretaria@comzs.com.ar
-  www.comzs.com.ar

**SOLICITUD DE INGRESO AL
SISTEMA DE BENEFICIOS SOCIALES**

E I q u e

suscribe:
.....,

asociado del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur, solicita al Señor Presidente su inclusión en el Sistema de beneficios Sociales de la Institución, declarando conocer sus normas y reglamentación anexa.

A los fines de la contraprestación de los beneficios del Sistema, autorizo suficientemente a que el Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur proceda de acuerdo a la siguiente metodología:

1) De ser prestador de servicios a las Obras Sociales, a invertir transitoriamente mis acreencias cobradas, durante el lapso de ingreso de fondos al Círculo y su pertinente fecha de pago; y al pago de la cuota que establezca el Sistema de Beneficios Sociales.

2) De no ser prestador de servicios a las obras sociales, me comprometo a abonar la cuota que establezca el Reglamento del Sistema de Beneficios Sociales.

POSADAS (Mnes.),

.....
Firma



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MISIONES ZONA SUR**

Personería Jurídica N° A-107
Adherido a la C.O.R.A
Adherido a la F.O.M

-  Ayacucho 1446
(3300) Posadas - Misiones
-  (0376) 4440777
-  secretaria@comzs.com.ar
-  www.comzs.com.ar