



AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
Secretaría Administrativa

Calle 6 Nº 1137 - LA PLATA - 1900 - LINEAS ROTATIVAS 425-5208 / 4255213

La Plata,/...../.....

**Solicitud para la retención del aporte establecido por el artículo
35 Inc. J. del D.I. 8999/62 Caja de Previsión y Seguro Médico**

El que suscribe solicita a la Agremiación Médica Platense practique sobre las liquidaciones de honorarios por atención de Obras Sociales y Mutuales que emita a su favor, la retención del aporte que le corresponde a efectuar a la Caja de Previsión y Seguro Médico según lo establecido en el inciso j. del artículo 35 del D.I. 8999/62. a tal efecto declara conocer y aceptar expresamente la respectiva reglamentación dispuesta por el sistema de retención.

La retención se hará efectiva a partir del mes siguiente de la fecha de inscripción.

Datos del Profesional:

- | Apellido y Nombre:
- | Matrícula:
- | Domicilio Particular:
- | Teléfono:
- | Fecha de Nacimiento:

FIRMA