



AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
Secretaría Administrativa

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

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

Subsidio por Adopción

La que suscribe, asociada a la Agremiación Médica Platense, solicita al Consejo Directivo el otorgamiento del subsidio por ADOPCIÓN, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación respectiva.
Al efecto del otorgamiento, adjunto documentación requerida.

Datos del Profesional:

| Apellido y Nombre:.....

| Matrícula:.....

| Domicilio Particular:.....

| Teléfono:

FIRMA

Informe de Asesoría Legal:.....

FIRMA

Informe de Tesorería:

Registra Subsidio anterior: SI NO

Período:|.....|.... al|.....|.....
.....|.....|.... al|.....|.....

Estado de pago de Cuota Societaria:.....

Importe a Liquidar:.....

Observaciones:.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

Resolución de Mesa Directiva:|.....|.....

Aprobado SI NO

Ad Referendum aprobado en reunión de Consejo Directivo.

Observaciones:.....

REQUISITOS:

- Copia de resolución ó fallo del Juez - Cuota Social al día - 1 año de agremiado -