



COLEGIO DE MÉDICOS SANTIAGO DEL ESTERO

SOLICITUD DE SUBSIDIO REINTEGRABLE PARA ASOCIADOS

Solicitud N° _____/_____

Santiago del Estero, ___ de _____ de _____

A LA SEÑORA

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MEDICOS DE SANTIAGO DEL ESTERO

S...../.....D.-

El/la que suscribe, _____, en mi carácter de Asociado/a, Cód N° _____ de este Colegio y cuyos demás datos personales se indican a continuación en carácter de declaración jurada, tiene el agrado de dirigirse a Ud., y por su intermedio a la Honorable Comisión Directiva, a efectos de solicitar se autorice que se le otorgue un SUBSIDIO REINTEGRABLE por la SUMA DE PESOS _____ (\$ _____, ____), que se compromete a reintegrar con más el interés compensatorio que fije ese Cuerpo, en el PLAZO DE ____ MESES, ABONANDO _____ (____) CUOTAS MENSUALES de PESOS _____ (\$ _____, ____) CADA UNA. Todo ello, de conformidad lo normado por el art. 131 inc. d) del Estatuto y los términos de la Resolución N° _____ emanada de esa Comisión Directiva, que declaro conocer y aceptar.

SOLICITANTE

APELLIDO/S: _____ NOMBRE/S: _____

TIPO DE DOCUMENTO Y N°: _____ N° COD COLEGIO DE MEDICOS: _____

DOMICILIO: _____ B° _____

LOCALIDAD: _____ TEL: _____

E-MAIL: _____

ES PROPIETARIO DE INMUEBLES: SI/NO – UBICACIÓN: _____

POSEE AUTOMOTORES SI/NO - DOMINIO N° _____

Firma del Solicitante _____

Aclaración _____

CO-DEUDOR

APELLIDO/S: _____ NOMBRE/S: _____

TIPO DE DOCUMENTO Y N°: _____ N° COD COLEGIO DE MEDICOS: _____

DOMICILIO: _____ B° _____

LOCALIDAD: _____ TEL: _____

E-MAIL: _____

ES PROPIETARIO DE INMUEBLES: SI/NO – UBICACIÓN: _____

POSEE AUTOMOTORES SI/NO - DOMINIO N° _____

Firma del Co-deudor _____

Aclaración _____

Sede: 9 de Julio 154/6 - (4200) Santiago del Estero

Secretaría Acción y Ayuda Solidaria Tel.: (0385) 4221228 int 110 - E-mail: accionsocial@colmedse.com.ar