

La Plata, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

SEÑOR PRESIDENTE DEL  
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - DISTRITO I

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

El que suscribe, \_\_\_\_\_

Matrícula Provincial N°: \_\_\_\_\_, con Domicilio Real en calle: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

y con Domicilio Profesional en calle \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

de la ciudad de \_\_\_\_\_ y acorde con lo establecido por la **Resolución 01/02**

del Consejo Directivo, **Beneficio de Subsidio por Fallecimiento**, manifiesta en el pleno uso de sus

facultades, que es de sus conciente y categórica voluntad que el subsidio que corresponda en caso de su

fallecimiento se pague a: \_\_\_\_\_

Sr/a: \_\_\_\_\_ documento: \_\_\_\_\_

domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ de la ciudad de: \_\_\_\_\_

nacido el día: \_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_; el porcentaje: \_\_\_\_\_ %

*(tachar en lo sucesivo las celdas que no se utilicen)*

y al Sr/a.: \_\_\_\_\_ documento: \_\_\_\_\_

domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ de la ciudad de: \_\_\_\_\_

nacido el día: \_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_; el porcentaje: \_\_\_\_\_ %

y al Sr/a.: \_\_\_\_\_ documento: \_\_\_\_\_

domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ de la ciudad de: \_\_\_\_\_

nacido el día: \_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_; el porcentaje: \_\_\_\_\_ %

Sin otro particular, saludo a Ud. con la consideración más distinguida.

.....  
Firma y Sello del Profesional

NOTA:

El afiliado que desee mantener en secreto el nombre de los beneficiarios hasta producido se deceso, hará entrega de este formulario en sobre cerrado, lacrado y firmado, al Presidente o autoridad respectiva de este Colegio de Distrito.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO  
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PCIA. DE BS.AS. - DISTRITO I