



CAMBIO DE DISTRITO DE TRAMITE

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S _____ / _____ D:

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a los efectos de comunicarle mi nuevo distrito para realizar trámites de la Caja y/o del sistema de Cobertura Médica y/o para el cobro de Prestaciones de la Caja. El mismo será la Delegación de Distrito

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO:.....

NUMERO DE MATRICULA:.....

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

FIRMA DEL AFILIADO

DTO.	NUMERO DE CONTROL	ORDEN		
FECHA DE ENTRADA		NUMERO DE AFILIADO		
				-
OF. R		CODIGO		T.F.
0	8	A	L	C 9 9