

1. Información del titular

Afiliado N°: Fecha de solicitud:/...../.....
Apellido y Nombre:
Dirección: Localidad: Provincia:
Teléfono: E-mail:

2. Información del afiliado hogarizado

Afiliado N°:
Apellido y Nombre: Edad:
Estado Civil:

3. Información de la persona responsable

Apellido y Nombre:
D.N.I.: Vínculo:
Dirección: Localidad: Provincia:
Teléfono: E-mail:

4. Datos del hogar / residencia

Nombre:
Dirección: Localidad: Provincia:
Teléfono: E-mail:
Fecha de ingreso al hogar/residencia:/...../.....

LO MANIFIESTO EN EL PRESENTE FORMULARIO TIENE ALCANCE DE DECLARACIÓN JURADA

Se recuerda a los Sres. afiliados que, de conformidad con el Art. 1° de la Resolución N° 0215/17, el plazo máximo para la solicitud de reintegros de gastos es de noventa (90) días corridos a contar desde la fecha de la emisión de la factura.

Firma del afiliado titular

Firma de la persona responsable