



FONDO SOLIDARIO
PRESTACIÓN DEFINIDA
DOTAR
PREVISIÓN ODONTOLÓGICA

SOLICITUD

N° 2427

Activo
Miembro. Participante
Adherente
Lugar:

DIA:
Fecha: MES:
AÑO:

**AL SEÑOR
PRESIDENTE DEL
CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MENDOZA**

Por la presente me dirijo a Ud. y por su intermedio a la Comisión Directiva, a fin de expresar mi adhesión al sistema DOTAR implementado por la entidad, manifestándole que conozco y acepto la "Reglamentación General y Condiciones Particulares" que lo rigen y que deseo que me envíen copia.

Por ello es que a partir de la fecha aportaré al FONDO la cantidad de () "unidades valor" diarias, cuyo importe inicial de suscripción de y los subsiguientes aportes realizaré:

1. Mediante débito liquidación Obras Sociales.
2. Efectivo/Tarjeta/Cheque.
3. Autorización descuento de mis haberes.
4. Otro medio

Asimismo declaro bajo juramento que asumo la responsabilidad por la exactitud de los datos consignados en este formulario.

Firma del solicitante:

Fecha nacimiento: / /

Tipo y N° Doc:

Dom. Particular:

Cód. Postal:

Socio C.O.M. N°:.....

Edad:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

Nacionalidad:

Localidad:

Otorgó conformidad

Débito.....

Actividad o profesión:

Dom. Laboral:

Cód. Postal:

Localidad:

Lugar donde enviar información:

Adherente/participante presentado
por: _____

Firma: _____

Tachar lo que no corresponda.

Aprobación:

- Consignar cantidad de unidades de uno a nueve.

