

# FONDO DE ACCION SOCIAL ODONTOLOGICO

Señor Secretario de Acción Social del C.O.M.

Por la presente solicito mi incorporación como afiliado/a titular al F.A.S.O., aceptando las disposiciones establecidas en su código orgánico y el reglamento respectivo, que declaro conocer, o cualquier otra reglamentación que dicte al respecto la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Mendoza.

Apellido: ..... Estado Civil: .....

Nombre: ..... Profesión: .....

Socio C.O.M. N°: ..... M.P. N°: .....

D.N.I.: ..... Domicilio Part.: .....

Edad: ..... Domicilio Cons.: .....

Fecha Nacimiento: ..... T. E.: .....

Padece alguna enfermedad actualmente? Si  No

Tuvo que someterse a cirugía? Si  No

## AFILIADOS FAMILIARES

APELLIDO Y NOMBRE	Parentesco	Edad	Ocupación	Nº. Documento	Fecha Nac.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

.....  
FIRMA