

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