

.....de..... de 20.....

Sr: Jefe Div. Convenio de Reciprocidad y otros
S _____ / _____ D:

Me dirijo a usted a efecto de solicitar la cobertura médica para
..... N° de Cuil.....quien
se encuentra radicada en la provincia de.....por razones de
estudio/ razones particulares (tachar lo que no corresponda)

Datos de contacto:

Domicilio.....N°.....

Piso..... Dpto..... Barrio.....

Ciudad..... Provincia.....

Teléfono.....

Correo electrónico..... @.....

.....
Firma Afiliado Titular

.....
Aclaración

.....
Cuil.