



ANEXO II.5.C)

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA PERCIBIR SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

SECRETARIA DE ACCIÓN SOCIAL Y AYUDA SOLIDARIA		
Fecha Presentacion	expediente N° (*)	Subsidio

Datos del Asociado

N° Asociado/ Código en Colegio de Médicos:

Apellido / s:

Nombre / s:

Tipo y numero de documento:

Domicilio:

Localidad: Código postal:

Teléfono: (.....) (.....)

Correo electrónico:

Beneficiario/s

Apellido y Nombre	Tipo y N° Documento	Domicilio	Parentesco	Porcentaje %

(*) Nota: La presente designación invalida y sustituye a cualquier otra realizada con anterioridad.

(*) Dato a completar por la Secretaria de Acción Social y Ayuda solidaria del Colegio de Médicos de Santiago del Estero.

Santiago del Estero de de

Firma DNI y Aclaración de firma del Asociado