



## ODONTOLÓGICO - 2a HOJA

Señores:

---

---

Tengo el agrado de dirigirme a usted, remitiendole para su conocimiento y fines pertinentes, copia autenticada de la documentación que se detalla al pie.

Adjunta: DISPOSICIÓN N° \_\_\_\_\_ de fecha : \_\_\_\_\_

NOTA:

Señor Afiliado:

DEBERA CONSULTAR EN SU DELEGACIÓN SI EL PRESENTE REINTEGRO ESTA DISPONIBLE  
PARA SU PAGO.

Esta Dirección deja constancia de haber cursado las comunicaciones de estilo. En consecuencia, remítase el presente al Dto de AUDITORIA Y FISCALIZACIÓN ODONTOLÓGICA Y DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONALIZACIÓN para su conocimiento y tramitación correspondiente.

DIRECCIÓN DE AUDITORIA Y FISCALIZACIÓN MEDICO AMBULATORIA

La Plata, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.