



SOLICITUD DE REINTEGRO - B - Cuota de Ortodoncia

La Plata, _____ de _____ de _____ .

Señor Presidente

Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)

Su Despacho

Me dirijo a usted, solicitándole quiera tener a bien disponer se efectúe el reintegro del pago de los gastos ocasionados por la atención recibida, según comprobantes que adjunto a la presente y de acuerdo con las normas reglamentarias vigentes en el Instituto que conozco y acepto.

A tal efecto manifiesto asumir la total responsabilidad legal con relación a la veracidad de los datos declarados, así como por la legitimidad de la documentación adjuntada.

Saludo a usted atentamente.

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRE _____

N° DE AFILIADO _____

DOMICILIO: calle _____ N° _____ LOCALIDAD _____

PARTIDO _____ TELÉFONO _____

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO DIRECTO (Consignarlos cuando el solicitante sea familiar a cargo).

APELLIDO Y NOMBRE _____

N° AFILIADO _____

DOMICILIO: calle _____ N° _____ LOCALIDAD _____

PARTIDO _____ TELÉFONO _____

Repartición donde presta servicios el afiliado directo (para los afiliados voluntarios mencionar tipo)