IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA CUENTA A BAPRO

SOLICITUD DE REINTEGRO

Solicito a IOMA el reintegro de la suma de $ _____ en concepto de _____

Completar con los datos de la/el afiliada/o que recibió la prestación:

Apellido y nombres:

Afiliada/o N°_____ Tel. particular: _____ Celular / _____

Email /

por esta vía le informaremos de la acreditación de sus reintegros.

En razón de:

- ☐ La urgencia
- ☐ IOMA no cuenta con prestadores
- ☐ Otros motivos

Asimismo, solicito el reintegro del importe mediante la acreditación en la cuenta bancaria que se detalla a continuación: _____

Indique el tipo de titular de la cuenta bancaria (en el caso de que el beneficiario del reintegro no posea cuenta bancaria) /

- ☐ Obligatoria/o
- ☐ Voluntaria/o
- ☐ Pariente directo afiliado al IOMA
- ☐ Pariente directo NO afiliado al IOMA

Detallar grado de parentezco _____

Apellido y nombes /_____

Afiliada/o N° Sucursal y N° de cuenta ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nº CBU (Adjuntar constancia) ☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS, Y QUE HE CONFECCIONADO ESTA DECLARACIÓN SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

_____
FIRMA DE LA/EL AFILIADA/O
beneficiaria/o del reintegro

_____
FIRMA DE LA/EL TITULAR
de la cuenta

NOTA: En caso de que la cuenta sea de un familiar, la firma deberá estar cetifiicada por el Banco o Juez de Paz o Escribano Público