



CONFORMIDAD UDEC

Sr Presidente de la Asociación

Mutual Obras Sanitarias de Buenos Aires

Julio Daniel RODRIGUEZ

El/la que suscribe _____
legajo: _____ DNI _____ asociado N° _____ en carácter de
titular y grupo familiar a cargo si los tuviese, estoy en un todo de acuerdo en que se me retenga de mis haberes mensuales el monto
aproximado de \$ _____ por persona por un plazo a determinar, a los efectos de poder contar próximamente con los
beneficios que brindará el Servicio de Emergencias médicas UDEC, tal cual lo charlado en reuniones previas.

Sin otro particular, lo saludo atentamente.-

Firma y aclaración

PLANILLA FAMILIAR

Nombre y Apellido del Titular _____

DNI _____ Legajo _____ TEL _____ Domicilio _____

Organismo: _____ Empresa: _____

Sector _____

Apellido y Nombre Familiar a cargo	DNI	TEL	Domicilio