



**Sr. Presidente del
Colegio de Odontólogos de la
Provincia de Bs. As. – Distrito I
S/D**

*El que suscribe, _____
_____, con DNI N° _____, domiciliado en la calle
_____(Tel: _____) de la localidad/partido de
_____, tiene el agrado de dirigirse a usted en carácter de
Familiar/Apoderado/Tercero del Dr./a: _____
(MP _____), a fin de solicitar el beneficio por Subsidio de Fallecimiento del
matriculado mencionado.*

*A tal fin, adjunto a la presente, certificado de
defunción y/o copia de documentación personal para la correspondiente tramitación.*

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
Firma y Aclaración