



FECHA: __/__/__

MOTIVO DEL TRÁMITE DE REINTEGRO POR CUOTAS DE AFILIACIÓN:.....

DATOS DEL TITULAR:

- ✓ Apellido y Nombres: _____
- ✓ Afiliado N°: _____
- ✓ Grado: _____
- ✓ Tipo y N° Doc: _____
- ✓ Domicilio: _____

- ✓ Teléfono: _____

SIRVASE EXTENDER DICHO PAGO EN LA DELEGACIÓN IOSE: _____

OBSERVACIONES: _____

AGREGADOS: fotocopia del recibo de haberes

FIRMA TITULAR.....

ACLARACIÓN.....