Federación Odontológica
de la Pcia. de Buenos Aires

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR NACIMIENTO

Entidad Primaria:.....

Datos del solicitante

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

D.N.I:.....

Matrícula:.....

Fecha posible de parto:.....

Certificado extendido por Dr/a: con fecha:

Datos del cónyuge:

Nombre y apellido:.....

Profesión, ocupación o empleo: .....

En caso de ser profesional: Matrícula y profesión.....

D.N.I: .....

Domicilio laboral:.....

TE. Laboral:.....

Firma del cónyuge Firma solicitante

Firma y sello Entidad Primaria

DELEGACIÓN CAPITAL FEDERAL: Av. Belgrano 1370 - 3° Piso - (C1093AAO) Buenos Aires - Tel./Fax: 4381-1441 y Lineas Rotativas

Gerencia Ejecutiva: fopba@fopba.org.ar

PAGINA WEB: www.fopba.org.ar