



FONDO SOLIDARIO POR FALLECIMIENTO

Declaración de beneficiario

RESOLUCIÓN Nº 2116 CMVER
ANEXO II

DATOS DEL MATRICULADO

Apellido y nombres: _____
Matricula profesional: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____
Correo Electrónico: _____

BENEFICIARIOS

Datos del Beneficiario

Apellido y nombres: _____ LE/LC/DNI Nº: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación/Parentesco: _____ Proporción (%): _____ Orden: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
E-mail: _____ Telefono: _____

Datos del Beneficiario

Apellido y nombres: _____ LE/LC/DNI Nº: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación/Parentesco: _____ Proporción (%): _____ Orden: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
E-mail: _____ Telefono: _____

Datos del Beneficiario

Apellido y nombres: _____ LE/LC/DNI Nº: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación/Parentesco: _____ Proporción (%): _____ Orden: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
E-mail: _____ Telefono: _____

Por la presente declaro conocer y aceptar en todos sus términos, el Reglamento "Fondo Solidario por fallecimiento" aprobado por el Directorio del Colegio de Médicos Veterinarios de Entre Ríos, mediante Resolución Nº 2116 de fecha 24/06/2011, dictada de conformidad al mandato otorgado por la Asamblea Extraordinaria celebrada en la ciudad de Federal, en fecha 28 de mayo de 2011.-

Lugar y fecha: _____

Firma del matriculado

Aclaración : _____

LE/LC/DNI Nº : _____