ASOCIACIÓN GREMIAL DE Presentado el EMPELADOS DE ESCRIBANOS Día: Mes: año:   
**Personería Jurídica concedida el 29/7/1944**  
Rodríguez Peña 536/38  
Tel.: 4371-8957 y 4373-5740

RÉGIMEN DE REINTEGRO  
**Solicitud de Reintegro por Servicio de Podología**Sr. Presidente de la Asociación Gremial De Empleados   
de Escribanos de la Capital Federal  
  
  
Quien suscribe…………………………………………………………………………..solicita el REINTEGRO de lo abonado por prestación de servicio de **Podología** según se justifica con el recibo pertinente, con firma y sello del profesional y Nº de Beneficiario, no pudiendo exceder el plazo de presentación de 10 días.

Saludo al Sr. Presidente muy atte.  
  
  
………………………………………………………….  
 **Firma Beneficiario**………………………………………………………….  
**Aclaración**

Domicilio particular Beneficiario ……………………………………………………………………………………  
Teléfono/s …………………………………………………………………………………………………………………….  
Socio Gremial N° ……………………………………………………………………………………………………………  
Escribanía y N° de Reg.…………………………………………………………………………………..………………  
  
  
**Observaciones:**………………………………………………………………………………………………………………