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:**………………………………………………………………………………………………………………