



REINTEGROS VARIOS

N°

RECIBIDO

	Fecha:/...../.....
--	--------------------------

San Juan, de de 20

Titular: N° afil.: D.N.I.:

Domicilio:

Mail: N° celular:

Beneficiario: N° afil.:

CUIL:

CBU:

_____ firma del titular

Dpto. Prestaciones	Dirección Médica	Oficina de Créditos / Dpto. Prestaciones	
<i>Afiliación</i>	<i>Auditoría Médica</i>	<i>Liquidación</i>	<i>Jefatura</i>
Tipo:			
<input type="checkbox"/> C/Deuda	<input type="checkbox"/> Corresponde	Importe: \$	Corresponde reintegrar:
<input type="checkbox"/> S/Deuda	<input type="checkbox"/> No corresponde		\$
<input type="checkbox"/> C/F.E.S.		Fecha:/...../.....	Fecha:/...../.....
<input type="checkbox"/> S/F.E.S.			
Fecha:/...../.....	Fecha:/...../.....		
..... <i>intervino</i> <i>intervino</i> <i>intervino</i> <i>intervino</i>

Observaciones:

San Juan, de de 20

_____ *intervino*

Concepto de Reintegro:

N° de afiliado: Intervino:

San Juan, de de 20