



! **Importante:** Los datos de CBU, CUIL y de contacto son **obligatorios** y deben corresponder al/a la titular de la Obra Social, caso contrario la solicitud de reintegro **será desestimada**.

La constancia de CBU y CUIL deben ser presentados **la primera vez que se solicita reintegro y en caso de modificar la cuenta.**

n°

Afiliado/a _____

San Juan, de de 20

Datos del/de la titular _____

Apellido y Nombre completo:

DNI: N° afiliado/a:

Domicilio:

Celular: e-mail:

CBU: CUIL:

Datos del/de la beneficiario/a

Apellido y Nombre completo:

N° afiliado/a:

_____ firma y DNI del /de la solicitante

D.A.M.S.U. _____

| Afiliación | Auditoría Médica / Odontológica | Liquidación | Responsable |
|---|---|-------------------------------|---|
| Tipo: <input type="checkbox"/> C/Deuda <input type="checkbox"/> S/Deuda <input type="checkbox"/> C/F.E.S. <input type="checkbox"/> S/F.E.S. | <input type="checkbox"/> Corresponde <input type="checkbox"/> No corresponde | Importe: \$ | Corresponde reintegrar: |
| Fecha:/...../..... | Fecha:/...../..... | Fecha:/...../..... | \$ |
| <small>firma</small> | <small>firma</small> | <small>firma</small> | Fecha:/...../..... <small>firma</small> |

Observaciones:

.....
.....

IMPORTANTE | **Requisitos para solicitar Reintegros:** en www.damsusj.com.ar
No se reintegra:
- Prácticas rechazadas por Auditoría Médica DAMSU.