

DUPLICADO DE CARNÉ

Buenos Aires, / / 20.....

Por medio de la presente, solicito la reposición de la/s siguiente/s credencial/es de afiliación. Asimismo, autorizo a que el costo de la/s tarjetas (\$50.- cada una) sea debitado en mi próxima factura mensual.

Nombre y apellido: H. Clínica N°.:

Nombre y apellido: H. Clínica N°.:

Nombre y apellido: H. Clínica N°.:

Nombre y apellido: H. Clínica N°.:

Nombre y apellido: H. Clínica N°.:

Firma y aclaración del afiliado titular

Por favor, entregue esta solicitud en la oficina de Atención de Afiliados los días hábiles de 9 a 18 o envíela por fax al: (011) 5299-1005

CEMIC | **60** AÑOS DE LIDERAZGO