



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000
www.colodontcba.org.ar
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

Planilla de Designación del
Beneficiario del subsidio por fallecimiento
Fondo de Ayuda Solidario

De mi consideración:

El/la que suscribe Odontólogo/a
.....MP N°..... D.N.I. N°..... domiciliado/a en
calle.....N°..... Piso Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP.....
Tel.....e-mail.....
designo para dicho fondo como beneficiario/a a las siguientes personas con sus
respectivos porcentajes:

1.-Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

2.- Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

3 Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

Lugar y fecha.....

.....
Firma del Odontólogo

Certifico que la firma que antecede fue puesta Ante Mi.

.....
Firma de Autoridad o
Escribano

Certificación por autoridad del Colegio o Escribano Público.-



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000
www.colodontcba.org.ar
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

Planilla de Designación del
Beneficiario del subsidio por fallecimiento
Fondo de Ayuda Solidario

De mi consideración:

El/la que suscribe Odontólogo/a
.....MP N°..... D.N.I. N°..... domiciliado/a en
calle.....N°..... Piso Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP.....
Tel.....e-mail.....
designo para dicho fondo como beneficiario/a a las siguientes personas con sus
respectivos porcentajes:

1.-Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

2.- Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

3 Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel
Porcentaje del subsidio:.....%

Lugar y fecha.....

.....
Firma del Odontólogo

Certifico que la firma que antecede fue puesta Ante Mi.

.....
Firma de Autoridad o
Escribano

Certificación por autoridad del Colegio o Escribano Público.-