



COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
DISTRITO IX

# Solicitud de Subsidio

Según Reglamento aprobado por Consejo Directivo en el mes de Abril de 2005

## Datos del Solicitante

Apellido y Nombre:   
(completo)

Domicilio:  Ciudad:

Matriculado en el Distrito el año:  N° de matrícula:

Especialidad:  Tel:  Cel:

Votó en la última elección:  Si  No Consultorio Habilitado:  Si  No

Situación con Tesorería:  Al día  Deudor de:

## Actividad por la que solicita el subsidio

Quien lo organiza:

Fechas de realización:  Hasta:

Cuántas horas?  Lugar:

## Manifiesto que conozco y acepto el Reglamento de Subsidios

Fecha:

Firma \_\_\_\_\_

## Opinión del o de los delegados del partido correspondiente

Fecha:

Firma \_\_\_\_\_

Creado con



descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/profesional](http://nitropdf.com/profesional)

Recibido por Comisión de Salud Pública el día :

De acuerdo a los antecedentes y a la actividad que se solicita, se considera que se debe:

**Otorgarse**       **No otorgarse**      (En este caso justificar la negativa)

Monto estimado:

Fecha:

Firmas: \_\_\_\_\_

Pase al Consejo Directivo para su Resolución

Fecha:

Firmas: \_\_\_\_\_

**Consejo Directivo reunión del día:**

Resolución:

Presentación de la monografía:

Pase a Comité Científico:

Observaciones: