

**PRESENTACION DE COMPROBANTES PARA
LIQUIDACION DE SUBSIDIO ENFERMEDAD CELIACA
RES.144/20**

Tramite N° _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE: _____ **DNI N°** _____

DOMICILIO: _____ **LOCALIDAD:** _____

BENEFICIARIO: _____ **CEL.:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Lugar y Fecha: Rawson: ___/___/___

Firma y DNI

DETALLE DEL COMPROBANTE:

IMPORTE \$

FACTURA/TICKET N° _____

ADJUNTAR COMPROBANTES ORIGINALES

OBSERVACIONES:
