

**DELEGACIÓN REGIONAL ISSyS  
REINTEGRO DE PRESTACIONES  
RESOLUCION 92:4/15  
SOLICITUD**

Por la presente **AUTORIZO** al Instituto de Seguridad Social y Seguros a debitar de mis Haberes, el importe correspondiente a los coseguros por prácticas médico asistenciales del Sr/Sra \_\_\_\_\_  
DNI Nro: \_\_\_\_\_, toda vez que este se encuentre de baja como afiliado a SEROS Vital ya sea por falta de pago o por solicitud voluntaria expresa, dando mi conformidad para realizar el descuento y cancelar la obligación correspondiente

**SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIONES: Por Pesos, .....**  
**Por prestaciones que he abonado según los siguientes originales que adjunto**

.....  
.....

**Lugar y Fecha: Rawson .../.../.....**

**Firma y Aclaración:.....**

**Quedo Notificado que los valores son los establecidos por la Obra Social**

**DATOS AFILIADO TITULAR**

**EXP. N°.....**

**Apellido y Nombre:.....DNI N°.....**

**DOMICILIO:.....CEL:.....**

**BENEFICIARIO:.....DNI N°.....**

**RECIBO DE HABERES C/APORTES Si / No....**

**Lugar y Fecha:.....**

**Firma y Sello de la Autoridad Certificante - ISSyS:.....**

**CODIFICACION y AUTORIZACION DEL AUDITOR**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Lugar y**

**Fecha:.....**

.....