

**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 médica 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:.....**
.....