Señor/a.

Presidente

Quien suscribe, ........................................................................, nacionalidad ………………………, estado civil ……………….., nacido/a el……/……/……., en la ciudad de …………………….., Provincia de ……………………......, DNIN° ……………………, con domicilio en ............................................, Provincia de ........................., se dirige a Ud. a fin de solicitarle el pago del subsidio que por jubilación abona ese Colegio a los profesionales que se acojan al beneficio jubilatorio.

A tal fin acompaña fotocopia certificada de la resolución que le otorga la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe.

Atentamente.-

……………………………………

Firma del Farmacéutico

Fecha: ………de……………….. de 201..…..