Señor/a.

Presidente

Quien suscribe,.................................................................................................., Mat. N° …………. nacionalidad ………………………, estado civil ……………….., nacido/a el……/……/……., en la ciudad de …………………….., Provincia de ……………………......, DNI N° ……………………, con domicilio en ............................................, Provincia de ........................., se dirige a Ud. a fin de solicitarle el pago del subsidio por OPTICA que abona ese Colegio a los profesionales que se acojan a los requisitos. A tal fin se acompaña documental necesaria para el otorgamiento del mismo.

Atentamente.-

……………………………………

Firma del Farmacéutico

Fecha: ………de……………….. de 201..…..