

**RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**

**Solicitud**

....., .....de.....de.....

**SR. PRESIDENTE DE LA CAJA  
DE PREVISION Y SEGURO MEDICO  
SU DESPACHO**

.....  
(nombres y apellidos completos)

inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito.....Matrícula nº.....  
L.C./L.E/D.N.I.....Nro. CUIT/CUIL.....nacido el.....de.....de.....  
con domicilio real en la localidad de.....calle.....  
nº.....Piso.....Depto.....CP.....Teléfono.....se dirige al Sr.  
Presidente a fin de solicitar **RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**, por el período  
.....

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, que debo presentar como prueba de lo antes manifestado para la viabilidad de la presente solicitud.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en calle.....nº..... Piso..... Depto..... de la localidad de..... CP.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

*Dirección de correo electrónico:* .....

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.

.....

Firma y Aclaración