

## ANEXO CONVENIO N° 6947

En mi carácter de Matriculado , autorizo por medio de la presente, se debite de mi cuenta bancaria N° ..... del Banco ..... , los importes devengados a favor del Colegio por:

### Cuotas por Ayudas Económicas

## CAJA DE AHORROS

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | . |  |  |  |  |  |  | . |  |  |  | . |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|

RETENCION A PARTIR DE LA CUOTA DEL MES DE ..... DE 20.....

.....

FIRMA

ENVIAR SOLICITUD A [TESORERIA1@ODONTOLOGOSSANTAFE2.ORG.AR](mailto:TESORERIA1@ODONTOLOGOSSANTAFE2.ORG.AR) O [TESORERIA2@ODONTOLOGOSSANTAFE2.ORG.AR](mailto:TESORERIA2@ODONTOLOGOSSANTAFE2.ORG.AR)



# COLEGIO de ODONTÓLOGOS

de la PROVINCIA DE SANTA FE 2º CIRCUNSCRIPCION