

AUTORIZACIÓN PARA GESTIONAR Y COBRAR REINTEGROS

El abajo firmante

L.C. -L.E. -D.N.I. -C.I. N°

expedida por autoriza al Sr.:

.....

L.C. -L.E. -D.N.I. -C.I. N°

expedida por para que en su nombre

gestione y cobre ante el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y

Pensionados el reintegro de gastos ocasionados por su enfermedad, en razón de

hallarse imposibilitado de hacerlo personalmente.

.....

Firma del Beneficiario

La firma del beneficiario deberá ser certificada por Escribano Público, Juez de Paz o Funcionario Policial.

Form. 698/52/S R.1