



La Plata, 20 de agosto de 2013

## **Solicitud para la retención del aporte establecido por el artículo 35 Inc. J. del D.I. 8999/62 Caja de Previsión y Seguro Médico**

El que suscribe solicita a la Agrupación Médica Platense practique sobre las liquidaciones de honorarios por atención de Obras Sociales y Mutuales que emita a su favor, la retención del aporte que le corresponde a efectuar a la Caja de Previsión y Seguro Médico según lo establecido en el inciso j. del artículo 35 del D.I. 8999/62. a tal efecto declara conocer y aceptar expresamente la respectiva reglamentación dispuesta por el sistema de retención.

**La retención se hará efectiva a partir del mes siguiente de la fecha de inscripción.**

### **Datos del Profesional:**

Apellido y Nombre: .....

Matrícula: .....

Domicilio Particular: .....

Teléfono: .....

Fecha de Expedición de Título Médico: .....

Fecha de Nacimiento: .....

\_\_\_\_\_  
Firma