



COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
DISTRITO IX

# Solicitud de Subsidio

Según Reglamento aprobado por Consejo Directivo en el mes de Abril de 2005

## Datos de Solicitante

Apellido y Nombre:   
(Completo)

Domicilio:

Ciudad:

Matriculado en el Distrito en el año:

N.º de Matrícula:

Especialidad:

Tel. :

Cel.:

Votó en el última elección  Sí  No

Consultorio Habilitado  Sí  No

Situación con Tesorería  Al día  Deudor de:

## Actividad por la que solicita el subsidio

Quien lo organiza

Fechas de Realización:

Hasta:

Cuántas Horas?

Lugar:

### Manifiesto que conozco y acepto el Reglamento de Subsidios

Fecha

Firma

## Opinión del o de los delegados del partido correspondiente

Fecha

Firma

Recibido por Comisión de Salud Pública el día:

De acuerdo a los antecedentes y a la actividad que se solicita, se considera que se debe:

Otorgarse       No otorgarse      En este caso justificar la negativa

Monto estimado:

Fecha:

Firmas:

Pase al Consejo Directivo para su Resolución

Fecha:

Firmas:

**Consejo Directivo reunión del día:**

Resolución:

Presentación de la monografía:

Pase a Comité Científico:

Observaciones: