

Rosario, _____ de _____ de 201



Por medio de la presente dejo constancia de mi deseo de ser incorporado al sistema de contratación colectiva al “**Seguro de Mala Práxis de AMPAR**” ofrecido por éste Colegio.

Dr./Dra.: _____

DNI: _____ Mat. N° _____

Firma: _____

Colegio de Médicos Veterinarios de la Prov. de Santa Fe - 2ª Circ.