

Fecha

SOLICITUD ACTIVACIÓN CONVENIO DENTAL

Solicitamos activar convenio Dental para socio Sindicato N° 2 y su Grupo familiar según se indica a continuación:

Nombre Socio: _____ *Run:* _____

Harán Uso del convenio

<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	
<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	
<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	

Convenio grupo familiar directo incluyendo Padre y Madre del socio.
5% para cualquier Radiografía.
15% en tratamiento que involucren laboratorio.
18% en tratamiento dental, se exceptúa de este convenio Ortodoncia.



Firma y timbre Director

Fecha

SOLICITUD ACTIVACIÓN CONVENIO DENTAL

Solicitamos activar convenio Dental para socio Sindicato N° 2 y su Grupo familiar según se indica a continuación:

Nombre Socio: _____ *Run:* _____

Harán Uso del convenio

<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	
<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	
<i>Beneficiario Socio</i>		<i>Run</i>	

Convenio grupo familiar directo incluyendo Padre y Madre del socio.
5% para cualquier Radiografía.
15% en tratamiento que involucren laboratorio.
18% en tratamiento dental, se exceptúa de este convenio Ortodoncia.



Firma y timbre Director