



Lugar y fecha: de de 20.....

Sr./a Presidente del Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I.

S / D:

De mi consideración:

Quien suscribe, D.N.I. No....., con domicilio real en la calle.....No....., de la localidad de, teléfono fijo....., teléfono celular....., correo electrónico....., afiliado No....., en mi carácter de titular jubilado, de acuerdo con lo dispuesto por la reglamentación correspondiente, la que declaro conocer y aceptar en todos sus términos, cumplo en dirigirme al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se proceda a la baja de la cobertura médica que me brinda Fundación CO.ME.I., eximiéndome del aporte correspondiente. Asimismo, declaro bajo juramento que conozco y acepto que, en caso de solicitar el reingreso al Sistema de Cobertura Médica, abonaré la cuota correspondiente al Plan 2010, de acuerdo a mi categoría, más los adicionales que establece el régimen de admisión y permanencia, el cual declaro conocer y consentir en todos sus términos.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

ACLARACION IMPORTANTE: En caso de contar con credencial física de CO.ME.I. la misma deberá ser

entregada a personal de la Fundación CO.ME.I. por el solicitante junto con este formulario.

Firma y aclaración del solicitante