

La Plata, .....de 20\_\_.-

AL  
COLEGIO DE FARMACEUTICOS  
DE LA PLATA

---

Por la presente solicito se descuente los valores de Matrícula y Cafar del Farmacéutico/a  
....., Mat..... del pago de Obras  
Sociales, a partir del mes de .....-

.....

FARMACIA .....