



**RESOLUCIÓN Nº 2116 CMVER**

**ANEXO II**

**COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE ENTRE RÍOS  
FONDO SOLIDARIO POR FALLECIMIENTO.**

**Declaración de beneficiario**

**DATOS DEL MATRICULADO:**

Apellido y nombres.....

Matricula profesional:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

Correo Electrónico:.....

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y nombres:.....

Fecha de nacimiento:.....

Relación/Parentesco:.....

LE/LC/DNI Nº:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

**Por la presente declaro conocer y aceptar en todos sus términos, el Reglamento “Fondo Solidario por fallecimiento” aprobado por el Directorio del Colegio de Médicos Veterinarios de Entre Ríos, mediante Resolución Nº 2116 de fecha 24/06/2011, dictada de conformidad al mandato otorgado por la Asamblea Extraordinaria celebrada en la ciudad de Federal, en fecha 28 de mayo de 2011.-**

**Lugar y fecha: .....**

**Firma del matriculado.....**

**Aclaración.....**

**LE/LC/DNI Nº.....**