



CAJA NOTARIAL

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR COMPRA DE LENTES Y/O AUDÍFONOS

Lugar:.....

Fecha :de.....de.....

Solicito el pago de la suma que pudiere corresponder conforme a las disposiciones vigentes en la materia, las que declaro conocer y aceptar en todos sus términos, por los conceptos que se detallan a continuación y según la documentación adjunta:

DATOS PERSONALES:

Nro. de afiliado:

NOMBRES Y APELLIDOS:			
DOMICILIO:			
TELÉFONO:	DEPARTAMENTO:		
MAIL:			

ESCRIBANO ACTIVO.....

EMPLEADO ACTIVO.....

JUBILADO

GASTOS EFECTUADOS POR COMPRA DE:

(Indique mediante una cruz)
(izquierdo) (derecho)

Cristales comunes		
Cristales comunes visión de distancia y visión de cerca		
Cristales bifocales y/o multifocales		
Lentes de contacto		
Lente intraocular		
Audífono		

DATOS PARA HACER EFECTIVO EL COBRO

GIRO O DEPÓSITO			
Banco:		Sucursal:	
Caja de ahorro N°		Cta. Cte. N°	
A nombre de:			

Estoy en conocimiento de las resoluciones de Directorio de fecha 5 de agosto de 2008 (asuntos 727 y 728, acta 2759) por lo que me comprometo a no presentar la solicitud de este reembolso ante otra institución.

Escribanos activos: declaran estar al día con las obligaciones para con la Caja (R.D. del 17/12/2019, acta 3337, asunto 1170).

Autorizo a todos y cada uno de los efectos vinculados con este trámite a:

NOMBRE:

C.I.

.....
Firma del solicitante

Se debe adjuntar:

1) Receta con timbre profesional correspondiente o indicación del médico tratante emitida hasta 365 días antes de la solicitud.

En caso de cristales bifocales o multifocales, el médico deberá indicarlo expresamente.

2) Boleta contado o factura y recibo original, extendida a nombre del solicitante al que le corresponde el derecho al cobro, con discriminación de rubros y emitida hasta 90 días antes de la solicitud.

Recibido el	Monto a abonar:	Nro. orden de pago:
Nombre y firma del funcionario de Caja Notarial:		fecha: