CAJA NOTARIAL

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR COMPRA DE LENTES Y/O AUDÍFONOS

Lugar:_____ Fecha: ____ / ____ / _____

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 DEL AFILIADO

Nombre _____

N.º de afiliado _____

Domicilio: _____ **Departamento** _____

Teléfono _____ **Correo electrónico** _____

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 (dos pares)		
Cristales bifocales y/o multifocales		
Lentes de contacto		
Lente intraocular		
Audífono		

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).

FIRMA Y RECEPCIÓN

Firma del afiliado / solicitante

_____

Funcionario receptor

_____

Fecha recibido

_____

Se debe adjuntar:
1) Receta o indicación del médico tratante con timbre profesional correspondiente, emitida hasta 365 días antes de la solicitud.
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.
3) Constancia de cuenta bancaria en moneda nacional para realizar el depósito correspondiente. 1) Receta o indicación del médico tratante con timbre profesional correspondiente, emitida hasta 365 días antes de la solicitud con indicación del uso del dispositivo y especificación del período de utilización.

Monto a abonar:

Nro. orden de pago

Fecha: