

AGREGADO II – VALOR DE LA CUOTA
(Mayor de Edad)

Por la presente se informa al Sr./Sra:,
DNI N°:, que de acuerdo al rango etario y evaluación médica del
riesgo realizada por la Autoridad Prestacional, según Resolución N° 107-D/19, la cuota
mensual determinada para su ingreso al Régimen de Afiliación Plan 2022 es de
\$. (Pesos),
la cual estará sujeta a reajustes que la Obra Social disponga a futuro.

Firma:

Aclaración:

DNI: