



COLEGIO MÉDICO DOMINICANO (CMD)

Ley 68 -03

Parte Gremial

*** FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE ***

Solicitud de devolución de descuentos cuota de la Parte Gremial.

Carnet No.: _____

Yo _____

Cédula No.: _____ TEL: _____

Trabajo por SESPAS

Desde

Hasta

Trabajo por IDSS

Año

Lugar

Desde

Hasta

Desde	Hasta	Lugar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____

Fecha: _____



COLEGIO MÉDICO DOMINICANO (CMD)

Ley 68 -03

PLANES SOCIALES

*** FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE ***

Solicitud de devolución de descuentos cuota de la Planes Sociales.

Carnet No.: _____

Yo _____

Cédula No.: _____ Tel: _____

Trabajo por SESPAS

Desde

Hasta

Trabajo por IDSS

Año

Lugar

Desde

Hasta

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____

Fecha: _____



COLEGIO MÉDICO DOMINICANO (CMD)

Ley 68 -03

SELECOMD

*** FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE ***

Solicitud de devolución de descuentos cuota del SELECOMD.

Carnet No.: _____

Yo _____

Cédula No.: _____ Tel: _____

Trabajo por SESPAS

Desde

Hasta

Trabajo por IDSS

Año

Lugar

Desde

Hasta

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____

Fecha: _____