



**SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SERVICIO MÉDICO**  
**Prestación de Conformidad con el Reglamento del Servicio de Salud**

---

Honorable Consejo de Administración  
De la Caja de Abogados y Procuradores  
De la Provincia de Córdoba  
S      /      D

Me dirijo a ustedes con el fin de expresar libremente mi voluntad de asociar al "Servicio de Salud" que presta la Institución, a las personas citadas en la Declaración Jurada para Afiliación adjunta, manifestando que conozco el reglamento vigente, me comprometo a respetarlo, sometiéndome al mismo.-

Sin otro particular, saludo a Uds. Atte.-

Dr.: .....

Nro. Af.: .....

.....

Firma

Córdoba, ..... de ..... de .....

