SiReLyF
SINDICATO REGIONAL DE LUZ Y FUERZA

el Regional somos TODOS

PLANILLA DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE MEDICAMENTOS PARA AFILIADOS AL SINDICATO REGIONAL DE LUZ Y FUERZA PERTENECIENTES A O.S.F.A.T.L.y.F

SECCIONAL:_____ MES: _____/20____

N° AFILIADO SINDICATO	NOMBRE Y APELLIDO TITULAR	IMPORTE	*(NO USAR ESTA COLUMNA)*