INFORME DE BAJA DE AFILIADOS

INSTITUTO AUTARQUICO PROVINVIAL DE OBRA SOCIAL

Z

Documento del Titular		Documento del Opcional		Fecha de baja			Motivo de la baja	COD	Apellido y Nombre	Firma afiliado Titular
Tipo	Número	Tipo	Número	DIA	MES	AÑO	Descripción			