



**REF: Alta Servicio Complementario.**

Fecha,.....

Señor  
Director Provincial del  
Instituto Autárquico Provincial de Obra Social  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

El que suscribe ..... Número de Documento ..... afiliado *TITULAR del INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL (I.A.P.O.S.)* se dirige a Ud. con el propósito de presentar su **Incorporación al Servicio Complementario**, solicitando se realice el descuento correspondiente.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma del Titular .

**NOTA: Adjuntar fotocopia del último recibo de sueldo.**