



AGENCIA TANDIL

Nombre y apellido:

Ref: N° de Expediente:

ASUNTO: REINTEGRO DE GASTOS

**A: DTO. PRESTACIONES MÉDICAS
UGL XI- MAR DEL PLATA**

De acuerdo a la normativa vigente, remite el presente expediente que trata de solicitud de Reintegro en concepto de

Esta área considera, salvo mejor opinión de UGL, que corresponde reintegrar lo solicitado en fojas número:
A sus efectos.-

PROVIDENCIA N°

/ MOEIT /

AREA MOEIT

AGENCIA TANDIL - FECHA:

*Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados*