

San Fernando del Valle de Catamarca, 15 de octubre de 2025

SEÑOR/A

DIRECTOR/A DE OSEP

SU DESPACHO:

Me dirijo a usted con el fin de solicitar solicitar un reintegro de una consulta medica el 14 de mayo del 2025

Adjunto a la presente los requisitos exigidos para el presente trámite.

Saludo a Ud. muy atentamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Titular

Aclaración: Miguel Cejas

Domicilio: Nuñez del Prado, 666

Teléfono/s: 3834234487

E-Mail: miguel@mail.com

Carné N°: 11111111

Documento N°: 40724994