



Colegio de Abogados de Córdoba

Duarte Quirós 571 - C.P.: X5000AEL Córdoba - República Argentina
Tel./Fax.: 0351-4220448/4227693/4217659/5682903 - email: colegio@abogado.org.ar

Dr./a

Matrícula

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Tipo Documento	Número Documento	% Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTEGRANTES DEL ESTUDIO

ABOGADOS

OTROS PROFESIONALES

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma:

Fecha: