



BUENOS AIRES,..... de..... 20.....

**OBJETO:** Solicitar Reintegro.

**AL DIRECTOR DE BIENESTAR DEL PERSONAL  
(Depto. Asistencia Sanitaria - Medicina)**

1. El que suscribe.....afiliado N°...../  
con domicilio.....localidad.....  
..... Provincia.....Teléfono/s.....

solicita del señor Director, quiera tener a bien considerar el reintegro de los gastos ocasionados por:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

que fuera autorizado por Expediente N°..... de fecha.....  
a cuyo efecto adjunto los comprobantes conforme lo establece el Párrafo 150 del "Régimen para la Asistencia Médica en Fuerza Aérea".

FIRMA.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....