

Sr. Presidente
Federación Provincial de Mutualidades Cba.
Independencia 387, Edificio Victoria- Torre 1- PB Ofic. 1, Córdoba
X5000HTB - CÓRDOBA

MATRICULA Nº.

ENTIDAD.....
LOCALIDAD.....

CORRESPONDE

. Delegados Titulares
. Delegados Suplentes

SOLO VOTAN LOS TITULARES

CERTIFICAMOS

Que han sido designados delegados de esta Mutual para asistir a la **Asamblea General Ordinaria** el viernes 14 de Septiembre 2018, a las 13:00 hs., en el Centro de Convenciones de la Asociación Mutual de Empleados y Funcionarios del Ministerio de Acción Social, calle Entre Ríos 362 de la ciudad de Córdoba, las siguientes personas:

Delegados Titulares

Nombre y Apellido

Documento Identidad

1 _____

.....

2 _____

.....

3 _____

.....

4 _____

.....

5 _____

.....

6 _____

.....

Delegados Suplentes

Nombre y Apellido

1 _____

.....

2 _____

.....

3 _____

.....

4 _____

.....

5 _____

.....

Para su presentación ante la Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba, dado en a los días del mes de de 2018.

Firma
Secretario

Sello de la Entidad

Firma
Presidente