

**ASOCIACION DE MEDICOS PENSIONADOS DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Yo, _____ Medico con Colegiación
No. _____ y Miembros cotizante del Auxilio Mutuo de la Asociación
Pensionados del Colegio Médico de Honduras, **DECLARO** como
UNICOS BENEFICIARIOS para efectos del Auxilio Mutuo

Nombre

Parentesco

Porcentaje

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello