

REVISIÓN AVI

Ref.: **REVISION AVI**

Trámite N° _____

Petic.: _____

Deleg.: _____

La Plata, _____ de _____ de 20 _____

Señor/a Jefe/a

DEPARTAMENTO RECURSOS

Su Despacho _____

Se solicita la liquidación de los aportes adeudados referidos a las
cuotas AVI _____

Código de Cuota _____

Cantidad de Cuotas (hasta 3) _____

Cumplido, vuelva.

DIRECCION DE AFILIACIONES

Dpto Af. Volunt. y Conv. Espec.