



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL 810

TEGUCIGALPA M.D.C., HONDURAS C.A.

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

FONDO DE AUXILIO MUTUO

El inscrito, Miembro del "COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS" con inscripción No. _____ y estando sujeto al PLAN DE AUXILIO MUTUO, autofinanciamiento, desde el mes de _____ del Año _____, Plan que fue aprobado por la SEGUNDA ASAMBLEA ORDINARIA, con carácter obligatorio, por la presente hago formal Declaración de que las personas por mi señaladas para recibir la cantidad acordada en la Tabla de Valores en caso de mi muerte son las siguientes:

| <u>NOMBRE COMPLETO</u> | <u>RELACIÓN O PARENTESCO</u> | <u>PORCENTAJE (%)</u> |
|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Asimismo, declaro: Que toda alteración o cambio futuro a esta Declaración de Beneficiarios no será válida a menos que sea hecha por mí y por escrito ante la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, o del Delegado y /o Subdelegado de mi jurisdicción, de acuerdo con el Reglamento Especial.

Y para constancia y conocimiento de las autoridades Directivas del COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, de los interesados, firmo y sello la presente en _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20____.

NOMBRE

FIRMA Y SELLO