

Santa Rosa, La Pampa , ...../...../.....-

Sras. y Sres. Ministerio de Salud  
Departamento de Prestaciones  
Oficina de Cobros  
Calle 9 de Julio n° 382

S / D.-

Me dirijo a Uds. y por su intermedio a quien corresponda a fin de solicitar cobertura de jinetes y personal de campo de doma reglamentado por Ley N° 1683 de acuerdo al siguiente detalle:

Para el día: ...../...../.....,-

Lugar: .....-

Localidad: .....-

Horario de comienzo: .....-

Horario de Finalización:.....-

Valor de la entrada: \$..... (Pesos.....).-

Sin otro particular saludo a Ud. atte.-----

.....  
Firma del responsable de la entidad Organizadora

.....  
Nombre del responsable de la entidad Organizadora

.....  
Nombre Entidad Organizadora

.....  
Teléfono y/o Celular del responsable

*\*\*\*Nota: Deben realizar deposito del 5% del total recaudado por entradas en cuenta Banco Pampa N° 22322/7; y, enviar por fax al teléfono n° 02954-388948 copia de la boleta de depósito.-*