



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL 810
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS C.A.

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

FONDO DE AUXILIO MUTUO

El Suscrito, Miembro del “**COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**”, con Inscripción No. _____ y estando sujeto al **PLAN DE AUXILIO MUTUO POR 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 mí señaladas para recibir la cantidad acordada en la Tabla de Valores en caso de mi muerte, son las siguientes:

<u>NOMBRE COMPLETO</u>	<u>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 MEDICO DE HONDURAS**”, o del Delegado y/o Sub-Delegado de mi Jurisdicción, de acuerdo con el Reglamento Especial.

Y para constancia y conocimiento de las Autoridades Directivas del “**COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**”, de los interesados, firmo y sello la presente en Tegucigalpa, a los _____ días del mes de _____ del Año Dos Mil _____.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA Y SELLO