

Designación de Beneficiarios

Nombre con dos apellidos del colegiado: _____

___ TO ___ ATO Lic. _____ Seguro Social: XXX-XX-_____

Dirección postal: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono/Celular: _____

Beneficiarios

Nombre	Dirección Postal	Relación con el colegiado	Por ciento del Beneficio*

*La suma de todos los por cientos debe ser igual a 100.

Firma del colegiado_____
Fecha (día / mes / año)