Santiago del Estero, …..........de.....................de 2018.-

**A la Sra. Gerente de OSDE**

**Filial Santiago del Estero**

**Su despacho:**

 **…...................**, Afiliada N° ….................., en nombre y representación de su hijo **….....................**, integrante de su grupo familiar primario bajo idéntico número de afiliación; tiene el agrado de dirigirse a la Sra. Gerente de OSDE- Filial Santiago del Estero, a fin de solicitarle la autorización de la silla de ruedas marca CONVAID conforme pedido médico y presupuesto adjunto.

 **Sin otro particular, saludo a Ud. con distinguida consideración.**