Colocar hoja Membretada de la empresa o encabezado

Lugar y Fecha

Sres. PHILIP MORRIS LATIN AMERICA SERVICES S.R.L.

Sargento Cabral N° 3762/66 Torre 2 (CP 1605) – Munro – Buenos Aires

De nuestra consideración:

Por medio de la presente Declaramos a ustedes los datos de la ART / Cobertura Médica y Números de contacto en caso de Emergencia de los recursos de la empresa XXXXXXXXX asignados a la prestación de los Servicios en PHILIP MORRIS LATIN AMERICA SERVICES S.R.L.

Listado de Personal que presta Servicios para PHILIP MORRIS LATIN AMERICA SERVICES S.R.L.:

Apellido y Nombre	DNI	Contratista / Subcontratista	ART/Cobertura Médica	N° Contacto

Sin otro particular, saludamos a Ustedes muy atentamente.

Firma y Aclaración (Representante Legal / Apoderado de la Empresa Contratista)