



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar
www.cpsps.org.ar

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE DATOS

Afil. Nro.: _____

Apellido y Nombre: _____

Tipo y Nro. de Documento : _____ : _____

Profesión: _____ Mat. N° _____

Domicilio Particular:

Calle _____ Nro: _____ Piso _____ Dto. _____ Torre _____

Barrio _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Tel. Fijo _____ Tel. Cel. _____

Correo Electrónico: _____

Forma de Pago: (Circular lo que Corresponda)

Aportes Regulares: Por Boleta / Debito Automático / Ag. de Retención

Cuotas de P. Pago: Por Boleta / Debito Automático / Ag. de Retención

Créditos: Por Boleta / Debito Automático / Ag. de Retención

Domicilio Para Envío de Boletas:

Calle _____ Nro: _____ Piso _____ Dto. _____ Torre _____

Barrio _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Firma de Empleado Interv.

Firma del Profesional

NOTA: EN EL CASO QUE EL/LA PROFESIONAL NO PRESENTE ESTE FORMULARIO EN FORMA PERSONAL, DEBERA HACER CERTIFICAR SU FIRMA POR AUTORIDAD POLICIAL, JUDICIAL O ESCRIBANO PUBLICO.-