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

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN MEDIANTE C.B.U.

Fecha: ___/___/_____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nro.Afiliado : _____ **Nro.Beneficio : _____**

Apellido: _____

Nombres:_____ T./N.Docum.: ___ _____

Banco:_____ Sucursal:_____

Tipo de Cuenta:_____ Nro. Cuenta: _____

C.B.U.:

Por la presente solicito que los haberes originados por la liquidación de mi beneficio de _____ , sean acreditados en la cuenta antes detallada, dejando constancia que soy titular / cootitular de la misma y que los gastos que ella genere serán afrontados integramente por mí.

_____ _____

Firma Solicitante **Aclaración**

CERTIFICO que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia: