



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

CÓRDOBA, ____ DE _____ DE ____

SEÑOR PRESIDENTE DE LA
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA
PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA
PROVINCIA DE CÓRDOBA

S _____ / _____ D

De mi consideración:

Me dirijo a Usted a los fines de solicitar la BAJA a partir del ____ de
_____ de _____ por el/los siguiente/s motivo/s

Sin otro particular, le saludo atentamente.-

FIRMA: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____ EDAD: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

T.E.: _____ CEL.: _____

Mail : _____

AFILIADO/A N° _____

NOTA: RECUERDE QUE SEGÚN LA LEY 8.577, EN CASO DE BAJA DEL PADRÓN DE AFILIADOS NO SE OTORGARA BENEFICIO PREVISIONAL ALGUNO, EXCEPTO JUBILACIÓN ORDINARIA. ESTE TRAMITE ES INGRESADO POR MAIL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19