



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 SUBSIDIO POR ADOPCIÓN

AFILIADO/A N°:

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

Tipo

Documento Nro.:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

C.U.I.L. Nro.:

Teléfono Fijo:

Celular:

Correo Electrónico:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento
o inicio de convivencia

D.N.I.:

Nombres de los hijos/as menores de edad o
mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo:

Inválido:

ME NOTIFICO QUE A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA PRESENTACIÓN CUENTO CON UN PLAZO FATAL DE TREINTA (30) DÍAS HÁBILES ADMINISTRATIVOS PARA CANCELAR EL TOTAL DE LA DEUDA QUE POSEO POR APORTES Y/O SUSCRIBIR PLAN DE PAGOS POR EL TOTAL DE LA MISMA IMPUTÁNDOSE AL PAGO DE ESA DEUDA EL MONTO DEL BENEFICIO QUE PIDO, IMPUTACIÓN QUE QUEDA SUJETA AL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO. PARA SUSCRIBIR EL PLAN DE PAGOS ES CONDICIÓN OBLIGATORIA LA AUTORIZACIÓN PARA EL DESCUENTO DE LAS CUOTAS POR DÉBITO AUTOMÁTICO POR ALGUNO DE LOS MEDIOS CON LOS QUE OPERA ESTA CAJA. VENCIDO DICHO PLAZO CADUCARÁ MI DERECHO AL BENEFICIO QUE POR LA PRESENTE SOLICITUD PIDO, CUALQUIERA SEA LA CAUSA DE MI INACCIÓN. EN CASO DE NO OTORGARSE EL BENEFICIO SOLICITADO, LA DEUDA FINANCIADA EN EL PLAN DE PAGOS SE RETROTRAERÁ A LA FECHA DE LA SOLICITUD. -

Fecha cierta de presentación

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTÉNTICA:

.....
FIRMA Y SELLO



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

CUENTA DE CAJA DE AHORRO DESIGNADA PARA LA ACREDITACION DEL BENEFICIO SOLICITADO

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A:

Nº. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres: _____

D.N.I. Nº.: _____ C.U.I.T. Nro: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Nº Cuenta: _____

C.B.U.: (Completar los casilleros con los números correspondientes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 y que los gastos que ella genere serán afrontados íntegramente por mí.

DEBE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO CONSTANCIA DE LA ENTIDAD BANCARIA CON LOS DATOS DE LA CUENTA DE CAJA DE AHORRO CONSIGNADA.

Firma Solicitante

Aclaración

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