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

27 de Abril 772 - Córdoba
351 850-1234
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

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

Fecha: _____/____/_____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A:

N°. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres:_____

D.N.I. N°.: _____ C.U.I.T. Nro: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____

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