

AFILIADOS

AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA

SANTA FE, ____ de _____ de 20____

Señor Presidente de la
Caja de Previsión Social de los
Profesionales de la Ingeniería de la
Provincia de Santa Fe – 1ª Circunscripción
Su despacho

El/La que suscribe _____ en mi carácter de
afiliado/a Titular/Adherente al Régimen Asistencial de la de Caja de Previsión Social de los Profesionales
de la Ingeniería de la Provincia de Santa Fe, 1º Circunscripción, por la presente AUTORIZO a que todo
reintegro que deba realizar esa entidad a mi favor, por cualquier concepto, sea depositado en la
cuenta bancaria que se indica a continuación:

Banco:	
Tipo (Marque con una cruz):	Caja de Ahorro <input type="checkbox"/> Cta. Corriente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
Número de Cuenta:	
C.B.U (*):	
Nombre Titular de la Cuenta:	
C.U.I.T. o C.U.I.L.	
Teléfonos:	

Firma afiliado

APELLIDO Y NOMBRE : _____
Nº AFILIACIÓN : _____
DOCUMENTO (Tipo y Nº) : _____
DOMICILIO : _____
LOCALIDAD : _____
TELÉFONO (Fijo y móvil) : _____
E-MAIL (no se puede omitir) : _____

**(*) PARA COMPLETAR EL TRÁMITE DEBERÁ ADJUNTAR CONSTANCIA DE C.B.U.
EMITIDA POR ENTIDAD BANCARIA**