

# 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**