

Opción de Nivel

FORMULARIO

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL
para los Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires • LEY 12.163



N

Al Directorio de LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S/D

DE MI MAYOR CONSIDERACIÓN:

El/ la que suscribe			
Documento Nro. (DNI /LC /LE /CI)			
Afiliado Nro.	C-0		de LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PSICÓLOGOS DE LA PCIA. DE
BUENOS AIRES. manifiesta su OPCIÓN por el NIVEL			de acuerdo al Art. 41 de la LEY 12.163.
Dicha opción será válida para el Año			

Atentamente.

Todos los datos consignados en este documento revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

.....
LUGAR Y FECHA

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN