

PODER PREVISIONAL

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



QUIEN SUSCRIBE (DATOS DEL/LA AFILIADO/A):

Apellido/s y Nombre/s: _____

Tipo y número de documento: _____

Número de Afiliado: _____

Domicilio del/la Afiliado/a

Calle: _____

Nro: _____

Piso: _____

Dto: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____

Provincia: _____

OTORGA PODER

Para Tramitar

Para Percibir

Tipo de Trámite: _____

A QUIEN OTORGA (DATOS DEL/LA APODERADO/A):

Apellido/s y Nombre/s: _____

Tipo y número de documento: _____

Parentesco: _____

Domicilio del/la Apoderado/a

Calle: _____

Nro: _____

Piso: _____

Dto: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____

Provincia: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Para que en su nombre y representación actúe ante esta Caja de Seguridad Social para los Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, relevando a este Organismo de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

Firma y aclaración del Poderdante

Firma y aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente:

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican, que tuve a la vista y que adjunto se acompañan copias debidamente certificadas. Las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y fecha

Firma y sello del funcionario certificante

Podrán CERTIFICAR el presente formulario:

Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente. Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante.