SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba

SOLICITUD DE BAJA AL SERVICIO MÉDICO

Apellido y Nombre ..... Af.:Nro...../.....

Tipo y nº de doc. ..... Est. civil ..... Fec. nac ...../...../.....

Domicilio real ..... Barrio: .....

Código Postal: ..... Teléfono .....Localidad.....e-mail.....

POR LA PRESENTE SE SOLICITA LA BAJA CORRESPONDIENTE A PARTIR DEL DIA DE LA FECHA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS, (marque entre paréntesis el parentesco que corresponda).

PARENTESCOS:

(1) CONYUGE/CONVIVIENTE (2) HIJO/A (3)NIETO/A

(4) HIJO / A POLÍTICO (5) PADRE / MADRE DEL TITULAR (6) HERMANO/ A

☐ TITULAR ☐ TITULAR Y FAMILIAR A CARGO ☐ FAMILIAR A CARGO

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

Apellido y nombre: ..... (.....) D.U.Nº: .....

MOTIVO DE BAJA:

☐ Tiene otra Obra Social ☐ Disconformidad con el Servicio ☐ Corte de Servicio

☐ Alto Costo y Coseguros ☐ Razones Particulares ☐ Otros .....

.....

SE DEJA CONSTANCIA QUE A LA FECHA **NO/SI** SE ADEUDA NINGÚN MONTO EN CONCEPTO DE CUOTAS MENSUALES DEL SERVICIO MEDICO.

POR LA PRESENTE **SI/NO** SE ACOMPAÑAN LAS CREDENCIALES CORRESPONDIENTES PARA SU DESTRUCCIÓN.

Córdoba, ... de ..... de 20 .-

.....

Firma Titular

27 DE ABRIL 842 – Tel.: (0351) 4235900 – 4227279 - 4232750 – 4255178 – Fax.: (0351-4230618
X 5000 AER – Córdoba – cajaabogados@uolsinectis.com.ar – www.caja-abogados-cba.com.ar