

Declaración Jurada de Supervivencia

Nombre completo:..... ,

DNI , declaro bajo juramento que me encuentro

en condiciones de percibir el beneficio que me otorga el Sistema de Caja de

Previsión Social para Médicos y Bioquímicos de Entre Ríos.

En la ciudad de ,

provincia de ,

a los días del mes de de 20.....

Firma

Aclaración

