

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL SISTEMA NOVELES PROFESIONALES

RESOLUCION GENERAL DIRECTORIO N°192/19.

A los días del mes de de 20.....
.....(NOMBRE COMPLETO),
D.N.I. N°, declaro bajo juramento que en este acto
hago ejercicio del derecho de opción que me asiste, el cual surge del Punto
2) de la Resolución General (R.G. N°192/19) del Directorio del Sistema de Caja
de Previsión Social para Médicos y Bioquímicos de Entre Ríos –Ley N° 8554–,
manifestando al respecto que es mi intención someterme al Sistema de
Financiación “Nóveles Profesionales”, el cual declaro conocer en todos sus
términos. **Las notificaciones que se cursaren en los domicilios que a
continuación denuncian se consideran válidas a los efectos legales.**

Nombre completo: _____

Domicilio real (D.N.I.): _____

Profesión: _____

Residencia: _____

Domicilio laboral: _____

Domicilio electrónico (email): _____

*Firma

