

# 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 2020.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

