

FORMULARIO F.100 SPSMB

En mi carácter de afiliado al “Sistema de Caja de previsión Social para Médicos y Bioquímicos de Entre Ríos”, vengo por la presente a comunicar mis datos personales de contacto, todo en cumplimiento a los términos de los artículos 29° y 30° de la Ley provincial 8.554.

Declaro bajo juramento que la casilla de e-mail que a continuación comunico me pertenece, siendo un medio de comunicación fehaciente con esa Institución, con efectos de domicilio electrónico.

Conforme lo expuesto en los párrafos que anteceden, asumo la responsabilidad de comunicar a esa Institución cualquier cambio o modificación de mis datos de contacto que a continuación declaro, entendiéndolo que su omisión constituye un incumplimiento a la Ley 8.554.

Nombre completo: _____

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

Residencia: _____

Domicilio laboral: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono personal: _____

Domicilio electrónico (email): _____

*Firma

*Se requiere certificación notarial de la firma del afiliado. En caso de suscribirse fuera de jurisdicción de la provincia de Entre Ríos, la certificación notarial deberá estar legalizada por colegio notarial, o autoridad administrativa competente.

