Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.

**FORMULARIO: AFILIADOS OPTATIVOS**

**BAJA**

**DATOS PERSONALES**

Apellidos: Haga clic aquí para escribir texto.­­­­­­­­­­­­­­­

Nombres: Haga clic aquí para escribir texto.

N° de afiliado: Haga clic aquí para escribir texto.

Delegación: Elija un elemento.

**MOTIVO**

Retiro anticipado: Haga clic aquí para escribir texto.

Jubilación Ordinaria Haga clic aquí para escribir texto.

Baja automática: Haga clic aquí para escribir texto.

Fallecimiento: Haga clic aquí para escribir texto.

**DESTINO DE APORTES VOLUNTARIOS**

Integrarlos a los aportes voluntarios: Elija un elemento.

Percibirlo al contado: Elija un elemento.

Percibirlo en cuotas: Elija un elemento.

**DESTINO DE APORTES OBLIGATORIOS**

Haber Jubilatorio mensual Elija un elemento.

Percibirlo al contado Elija un elemento.

Percibirlo en cuotas Elija un elemento.

**DATOS A COMPLETAR POR EL SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL DEL C.P.C.E.E.R.**

Saldo acumulado C.I.A.V.: Saldo acumulado C.I.A.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Importe total adeudado por los distintos conceptos que se detallan a continuación:

Préstamos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de vida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plan de pagos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gastos administrativos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aportes obligatorios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recargos por mora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Baja aprobada por Comisión Administradora:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Resolución:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento, que los datos consignados precedentemente son auténticos y reflejan fielmente la verdad, obligándome a suministrar información que me sea requerida. Además, dejo expresa constancia que, en mi carácter de afiliado optativo, me obligo en un todo al Sistema de Previsión Social para Profesionales en Ciencias Económicas de Entre Ríos, conociendo la reglamentación vigente y me someto a todas las Resoluciones, Normas y Disposiciones del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos.

En la ciudad de Haga clic aquí para escribir texto. a los Haga clic aquí para escribir texto. días del mes de Haga clic aquí para escribir texto. de Haga clic aquí para escribir texto.

|  |
| --- |
|  |

Firma y aclaración del Afiliado Obligatorio

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Firma y sello Comisión Administradora Firma y sello Comisión Administradora