



CAFAR

*Caja de Previsión Social para
Profesionales de las Ciencias Farmacéuticas de la
Provincia de Buenos Aires. Ley 10.087/83*

FORMULARIO DE CARTA DISPOSITIVA

El/la que suscribe Farmacéutico/a
(Nombres y Apellidos del titular completos y claramente escritos)
..... **Matrícula nº**

afiliado/a a la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS FARMACÉUTICAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, dispone que, ocurrido su fallecimiento, la suma que corresponda percibir como subsidio por tal motivo, sea entregado a:

.....
(Nombres y Apellidos del beneficiario completos y claramente escritos)

DATOS DEL BENEFICIARIO: Edad: Estado:
Nacionalidad: Domicilio:
..... Tipo y Nº de documento:
Vínculo con el firmante:

.....
(Nombres y Apellidos del beneficiario completos y claramente escritos)

DATOS DEL BENEFICIARIO: Edad: Estado:
Nacionalidad: Domicilio:
..... Tipo y Nº de documento:
Vínculo con el firmante:

.....
(Nombres y Apellidos del beneficiario completos y claramente escritos)

DATOS DEL BENEFICIARIO: Edad: Estado:
Nacionalidad: Domicilio:
..... Tipo y Nº de documento:
Vínculo con el firmante:

.....
(Firma)

.....
(Lugar y Fecha)

Esta Carta Dispositiva, una vez firmada, será colocada en el sobre especial que se adjuntará, debidamente cerrado. Dicha firma debe ser certificada por Autoridad Judicial o Escribano Público.
El afiliado deberá también firmar al dorso el sobre. Esta firma será certificada por Autoridad Judicial o Entidad Bancaria o Escribano Público.
Por último, deberá ser remitida a esta Caja por carta certificada con aviso de recibo. Esta Caja no se responsabiliza por la correspondencia que sea remitida en otra forma.

CAJA DE PREVISION SOCIAL PARA PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS
FARMACEUTICAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CARTA DISPOSITIVA

Pertenece al Farmacéutico

.....Matrícula Nº.....

Firma Certificada al Dorso