



## CAMBIO DE DOMICILIO

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con el objeto de informarle que a la fecha he procedido a fijar mi domicilio legal, con los siguientes datos:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO:.....

NUMERO DE MATRICULA:.....

CALLE (Indicar nombre completo sin abreviaturas).....

.....

Nº.....PISO.....DEPTO.....LOCALIDAD:.....

PARTIDO:..... C.P.:.....

E-MAIL:.....

TELEFONO FIJO (Incluir código de área): (.....) -.....

TELEFONO CELULAR (Incluir código de área): (.....) -.....

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

|                  |                   |                    |
|------------------|-------------------|--------------------|
| DTO.             | NUMERO DE CONTROL | ORDEN              |
|                  |                   |                    |
| FECHA DE ENTRADA |                   | NUMERO DE AFILIADO |
|                  |                   | -                  |
| OF. R            | CODIGO            | T.F.               |
| 0 8              | A L B             | 9 9                |