



ANEXO SUBSIDIOS POR DEPOSITO BANCARIO

El presente anexo sólo deberá ser completado en el caso que el afiliado opte por percibir el monto del subsidio por depósito en cuenta bancaria, al que deberá acompañarse **C.B.U. (Clave Bancaria Uniforme) del Banco donde tenga la cuenta en la que desea el depósito, original, puede ser impresa de Cajero Automático o Homebanking, firmada y sellada por el Afiliado.** El pago del subsidio en todos los casos quedará supeditado a la aprobación del mismo. **NO** debe completarse este formulario en el caso de los siguientes subsidios: a) Subsidio para Hijos Discapacitados del Afiliado; b) Asignaciones Familiares para Jubilados y Pensionados.

IMPORTANTE: Por la presente el afiliado denuncia -con carácter de declaración jurada- los datos que indica a continuación, por lo cual expresamente se responsabiliza personalmente por cualquier error que pueda existir en los mismos, desligando expresamente a la Caja de la responsabilidad que se derive de dichos errores.

Nombre y Apellido completo: _____

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre completo del Banco: _____

Tipo de Cuenta (indique en la casilla la opción correspondiente):

1) Caja de Ahorro

2) Cuenta Corriente

Número de C.B.U. de la Cuenta (Clave Bancaria Uniforme):

Número de C.U.I.L./C.U.I.T. del afiliado: _____

IMPORTANTE: Debe acompañarse al presente formulario una C.B.U. original, firmada y sellada por el Afiliado.

Firma y aclaración

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO
OF. R.	CÓDIGO	T.F.
0 3	A Q 3	