



SOLICITUD DE CONSTANCIAS Y/O CERTIFICADOS

Lugar y fecha:.....,.....de.....de.....

Señor/a Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires

Dr./a.

S _____ / _____ D:

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en mi carácter de afiliado/a N°.....Nombre y Apellido:.....
 Activo/Pasivo (tachar lo que NO corresponda), correo electrónico.....
 teléfono celular.....
 teléfono fijo....., a fin de solicitarle la constancia que se indica a continuación, para ser presentada ante.....-

CONSTANCIAS O CERTIFICADOS DEL SECTOR DESPACHO:Constancia de antigüedad en el Seguro de Mala Praxis: CONSTANCIAS O CERTIFICADOS DEL SECTOR PRESTACIONES:Certificado de Jubilación y/o Pensión (Si desea solicitar el carnet **NO** utilice este formulario): CONSTANCIAS O CERTIFICADOS DEL SECTOR DEUDORES:Certificado de libre deuda: Certificación de aportes (Si desea llevar los aportes a otra Caja **NO** utilice este Formulario): Certificación de aportes detallada (Si desea llevar los aportes a otra Caja **NO** utilice este Formulario): Constancia de Afiliación a la Caja: CONSTANCIAS O CERTIFICADOS DE FUNDACION CO.ME.I.:Constancia de adhesión/antigüedad CO.ME.I. (Titular y/o Adherentes):

DTO	NUMERO DE CONTROL	ORDEN

FECHA DE ENTRADA	NUMERO DE AFILIADO

OF. R	CODIGO	T.F.
	A S A	

Firma y Aclaración del Afiliado