



## SOLICITUD DE ADHESION AL SISTEMA DE INTERDEPOSITOS

.....de.....de 20.....

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

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

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. a los fines de solicitarle quiera tener a bien incluirme en el Sistema de Interdepósitos en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a los efectos del pago de haberes que esa Caja me liquida mensualmente.

A tal fin, describo los datos solicitados:

Número de afiliado/a a la Caja:.....

Nombre y Apellido: .....

Número de la Sucursal Bancaria: .....

Nombre de la Sucursal Bancaria: .....

Número de Cuenta Bancaria:.....

Indique con una cruz el tipo de Cuenta Bancaria: Caja de Ahorro:

Cuenta Corriente:

**IMPORTANTE:** El/la afiliado/a deberá adjuntar a la presente, constancia emitida por el Banco en cuestión, de la que surjan todos los datos aquí indicados. Por la presente el/la afiliado/a denuncia -con carácter de declaración jurada- los datos que aquí ha indicado, 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.

-----  
FIRMA AFILIADO

DTO.	NÚMERO DE CONTROL				ORDEN	
FECHA DE ENTRADA			NÚMERO DE AFILIADO			
						-
OF. R		CÓDIGO		T.F.		
0	1	A	B	8		