

**INCLUSIÓN BENEFICIARIO FAMILIAR A CARGO**

 Afiliado:  – N°: 
 

Ciudad/Delegación

Fecha

 Solicito la inclusión de los familiares legalmente a mi cargo al Plan:  PCS  Jubilado SADOP  Jubilado

Apellido y Nombre	D.N.I.	CUIL	Fecha de Nac.	Parentesco /OSDOP
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/

Asimismo, deo constancia que conozco que puede incrementar el abono mensual de mi cuota.

 SISTEMA DE PAGO:  Link Pagos  Tarjeta de crédito VISA  CBU

Por favor, completar todos los campos.

Firma (titular): \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**USO INTERNO CMD – Sede Central**

N/D\*: \$

T.C. \*1: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Descuento a partir cuota:

Observaciones:

Sello:

Fecha de carga al sistema (recibido): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_