



_____, ____ de _____ de 20____

**A las autoridades de la
Caja de Previsión Social para Abogados
de la Provincia de Buenos Aires
PRESENTE**

***Ref.: Efectivización de Reintegros
con Acreditación en Cuenta Bancaria***

De mi consideración:

Me dirijo a usted en relación al tema de referencia, a efectos de **“dar consentimiento”** a que el monto de los reintegros por gastos médicos u odontológicos que oportunamente solicite, se efectivicen a través de la modalidad de **“Acreditación en Cuenta”**.

“Declaro conocer y aceptar” que por la prestación de este servicio, la entidad bancaria a través de la cual se realizará la acreditación me cobrará la correspondiente comisión.

“Autorizo” a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires a efectuar el pago mediante acreditación electrónica a mi siguiente cuenta bancaria:

Nombre y apellido del Titular CASA			
DNI Titular CASA		CUIT/CUIL Titular CASA	
E-mail de contacto			

Datos de la cuenta bancaria del Titular CASA

CBU	-	-	-	-	-
Entidad Bancaria	<input type="checkbox"/> Caja de Ahorro en Pesos		<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente en Pesos		
Sucursal			N° de Cuenta:		

**El titular de la cuenta más arriba declarada deberá ser el Afiliado titular CASA.
Se dejará sin efecto cualquier otra cuenta bancaria registrada con anterioridad en esta Caja.**

Asimismo, adjunto a la presente la Certificación de CBU emitido por la correspondiente Entidad Bancaria.

Afiliado CASA Titular N°:		
Firma	Aclaración	Tipo y N° de documento

Certificación de Identidad y Firma de Autoridad Competente de la Dependencia de la Caja de Abogados		
Lugar y Fecha	Sello y Firma	Aclaración de Firma y Cargo