

_____, ____ 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 transferencia 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 **transferencia bancaria**.

“Autorizo” a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires a efectuar el pago mediante transferencia electrónica de fondos 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 constancia de CBU emitida a través de la página web de la correspondiente Entidad Bancaria, por mi intervenida.

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