_____, ___ 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		☐ Caja de Ahorro en Pesos	☐ Cuenta Corriente en Pesos
Sucursal		Nº 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 Nº 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