CAJA DE PREVISION SOCIAL ODONTOLOGICA DE RIO NEGRO (CPSORN)

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO.

Apellido(s):.....

Nombre(s):.....

Fecha Nacimiento:...../...../..... Sexo:.....Nacionalidad: .....

Tipo Documento:.....Nº:.....

C.U.I.T/ C.U.I.L/ C.D.I Nº..... Matrícula Nº ……

Estado Civil:.....Teléfono / Celular:.....

DOMICILIO PROFESIONAL

Dirección:.....

Localidad:.....Código Postal.:.....Provincia:.....

Teléfonos:.....

DOMICILIO REAL

Dirección:.....

Localidad:.....Código Postal.:.....Provincia:.....

Teléfonos:.....

Dirección E-Mail:.....

Esta dirección de correo electrónico resultará el único medio idóneo para efectuar todas las comunicaciones electrónicas.

Circulo al que se encuentra asociado:.....

Fecha de Graduación: ____/____/____.

Fecha Afiliación al Círculo y/o FORN: ____/____/____.

Nivel que corresponde por antigüedad:.....

Nivel por el que opta (SOLO SI ES SUPERIOR):.....

FAMILIARES CON DERECHO A PERCIBIR EL HABER DE PENSION:
(SOLO INDICAR EN CASO DE CONYUGUES Y/O HIJOS MENORES DE EDAD)

APELLIDO Y NOMBRE: _____.

DOCUMENTO TIPO Y NUMERO: _____.

PARENTESCO. _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____.

APELLIDO Y NOMBRE: _____.

DOCUMENTO TIPO Y NUMERO: _____.

PARENTESCO. _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____.

Adjuntar a la presente la siguiente documentación:

a) Título Profesional
b) Matricula Nacional y Provincial
c) DNI primera y segunda hoja.
d) Convenio Multilateral (en caso de estar afiliado a otra Caja Profesional)

LUGAR Y FECHA: FIRMA Y SELLO