



CARTA PODER

En mi carácter de Beneficiario de esa Caja Complementaria, otorgo por el presente poder, plena conformidad a que el apoderado por mi designado, en mi nombre y representación, tenga la facultad para cumplimentar documentación que esa Caja Complementaria exija o pueda exigir, declarando que el presente Poder quedará subsistente, sin restricción alguna, hasta tanto presente ante la Caja Complementaria la revocación expresa del mismo, sin cuyo requisito se deberá tener por válido este poder.

Cabe destacar que asumimos en forma conjunta con el apoderado que designo es este acto firmando éste de conformidad, el compromiso expreso de informar en un plazo de 48 horas a esa Caja Complementaria cualquier circunstancia que determine el cese del beneficio previsional dispuesto por el A.N.Se.S. o entidad en la que perciba mi haber previsional como así también, de darse eventualmente impedimento alguno para percibir mi beneficio o complemento en la Institución bancaria, el firmante o mi apoderado, nos obligamos a comunicar en un plazo de 48 horas tal circunstancia a esa Caja Complementaria.

Lugar y Fecha: _____

Legajo N°: _____

Beneficiario: Apellido y Nombre: _____

Tipo y Número de Documento: _____

Apoderado: Apellido y Nombre: _____

Tipo y Número de Documento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

E-Mail: _____

Teléfono Celular: _____

Dirección: _____

Adjuntar fotocopia del Frente y dorso del Documento de Identidad del apoderado

.....
Firma del Beneficiario

.....
Firma del Apoderado