

Al Directorio

**Caja de Previsión y Seguro Médico
de la Provincia de Buenos Aires**

Por medio de la presente **dejo constancia en relación al préstamo acordado que la TASA COMPENSATORIA establecida se incrementará en 2 (DOS) puntos , en el caso de falta de pago de una sola de las cuotas por el medio de pago reglamentario convenido : (marcar con una cruz el medio de pago elegido)**

TARJETA DE CREDITO VISA -

SISTEMA DE PAGO

Salvo su inmediato reemplazo por otro medio de pago reglamentario, debiendo a dichos efectos cumplimentar y suscribir los formularios pertinentes.

APELLIDO Y NOMBRE	
MATRICULA	
LUGAR Y FECHA	

FIRMA AFILIADO :

CERTIFICACION DE IDENTIDAD -

FIRMA del funcionario interviniente

ACLARACION de FIRMA Y SELLO