

**BONIFICACIÓN CÓMPUTO SERVICIO Y EDAD**

**Solicitud**

-----,----- de ----- de -----

SEÑOR PRESIDENTE DE LA  
CAJA DE PREVISIÓN Y SEGURO MÉDICO  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
SU DESPACHO

El Dr./a. ....Inscripto en el Colegio de Médicos Distrito ....., Matrícula N° ...../..... DNI. / LE. / LC. .... C.U.I.T. / C.U.I.L ..... nacido el ...../...../....., con domicilio real en la calle ..... N° ..... Piso ..... Depto. .... de la localidad de ....., Código Postal ..... teléfono N° ..... se dirige al Sr. Presidente a fin de **solicitar** el Beneficio de **Bonificación por cómputo de Servicios y Edad**, de conformidad con las disposiciones vigentes.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir y que debo presentar como prueba de lo antes manifestado para la viabilidad de la presente solicitud.

Para el caso de que el Beneficio me sea concedido, autorizo expresamente a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires que **el valor correspondiente a esta prestación** (Máximo valor de la Escala de Aportes), sea imputado al pago de los aportes jubilatorios establecidos por el artículo 35º inc. "h" de la ley 12.207, a partir de la fecha de acuerdo y mientras se mantenga vigente el beneficio y/o se efectúe formal renuncia al mismo por el suscripto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

-----  
Firma

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la :  
  
Sr/a.....  
  
DNI N°.....  
  
.....  
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente