

CARTA PODER PARA TRÁMITES Y COBRO DE HABERES

PODERDANTE

Quien suscribe, _____ DNI/LE/LC/CEL.:

_____ otorga poder a _____

DNI/LE/LC/: _____ e efectos de actuar ante LA CAJA DE PREVISION PROFESIONAL DE LA PAMPA LEY 1.232, y en su nombre y representación REALICE la solicitud de beneficios, presentación de documentos, suscripción de formularios, y demás diligencias necesarias de conformidad con la Ley 1.232, el Decreto 1238/01 y la Reglamentación complementaria.

DECLARA que NO RESPONSABILIZARA a la Caja de Previsión Profesional de La pampa de las consecuencias derivadas del presente poder, como de los hechos de su apoderado.

Santa Rosa, ____ de _____ de 20__

Firma Poderdante: _____

Aclaración: _____

APODERADO:

Quien suscribe, _____ DNI/LE/LC/CEL.:

_____ acepta el poder otorgado por el Sr.

_____ aceptando los términos y

condiciones del mismo, que DECLARA BAJO JURAMENTO conocer.

Santa Rosa, _____ de _____ de 20__

Firma: _____

Aclaración: _____

CERTIFICACION DE FIRMA: PODERDANTE/BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:

Afiliado n°:

Profesión:

D.N.I./L.C./L.E.:

Domicilio:

Localidad.: C.P.

Teléfono

Los datos consignados por el PODERDANTE tienen carácter de DECLARACION JURADA:

Firma: _____

Aclaración: _____

CERTIFICACION DE FIRMA: APODERADO

Nombre y Apellido:

**Relación/parentesco
con el beneficiario**

D.N.I./L.C./L.E.:

Domicilio:

Localidad.:

Teléfono

Los datos consignados por el APODERADO tienen carácter de DECLARACION JURADA:

Firma: _____

Aclaración: _____