

FORMULARIO PARA SOLICITAR CAMBIO DE PLAN

Ciudad Autónoma de Bs. As. / /

Señores
Caja Notarial Complementaria de Seguridad Social
Presente

El /La que suscribe,.....,Afiliado/a
....., solicita el CAMBIO DEL PLAN del Régimen Asistencial de la
Caja Notarial a los siguientes afiliados:

Apellido y nombre:.....
Afiliado Nº.....
DNI:.....
Nuevo plan:.....

Apellido y nombre:.....
Afiliado Nº.....
DNI:.....
Nuevo plan:.....

Apellido y nombre:.....
Afiliado Nº.....
DNI:.....
Nuevo plan:.....

Apellido y nombre:.....
Afiliado Nº.....
DNI:.....
Nuevo plan:.....

NOTA: El cambio de plan del régimen debe ser efectuado por el socio titular. No se
aceptarán en forma retroactiva. El cambio del a un plan de menor cobertura se realizará
el último día del mes. El cambio a un plan de mayor cobertura se realizará a partir de la
fecha de presentado el formulario.

Firma y Sello Profesional o Aclaración