Avda. 13 N° 821/29 - 3° piso - Tel.: (0221) 427-0204* - Fax: (0221) 422-6297 - (1900) La Plata e-mail: info@cajaabogados.org.ar

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS RELACIONADOS AL SERVICIO DE PAGO DIRECTO

Lugar y fecha: _____

A través de la presente cumplo en informar a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires, que los datos relacionados al servicio de Pago Directo actualmente vigente han sido modificados, debiéndose considerar como vigentes los que a continuación detallo.

Datos personales:

Apellido y nombre completo:

Tipo y número de documento:
☐ LE ☐ LC ☐ DNI N°:

Datos de la cuenta bancaria:

CUIT/CUIL:	Entidad bancaria:	Número de Sucursal:

Tipo de cuenta: Nº de cuenta:

CBU

Debe consignar los 22 dígitos que componen su Clave Bancaria Uniforme

Pagos por los que solicita la modificación de datos:

Firma/s Titular/es

_____ Firma

_____ Aclaración de la firma

_____ Firma

_____ Aclaración de la firma