CAJA DE ABOGADOS
Provincia de Buenos Aires
Su futuro, nuestra responsabilidad

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 BAJA A PAGO DIRECTO

Lugar y fecha: _____

En mi/nuestro carácter de titular/es de la cuenta indicada a continuación solicito/amos la BAJA del servicio de Pago Directo.

Datos Personales:

Apellido/s y Nombre/s completos del Titular	Tipo y Nº de Documento

Domicilio Real	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Barrio Privado / Country:	Localidad y Prov.:			C.P.:
	Teléfono/s: ( )	Fax: ( )			
	Celular: ( )	E-mail:			

Domicilio Postal	☐ Domicilio Real	☐ Otro			
	Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
	Barrio Privado / Country:	Localidad y Prov.:			C.P.:
	Teléfono/s: ( )	Fax: ( )	E-mail:		

Marque con una cruz (X) el domicilio para recibir correspondencia. El domicilio por usted indicado se considerará como "constituido" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Datos de la Cuenta Bancaria:

BANCO:	Nombre y Nº de Sucursal

TIPO DE CUENTA: ☐ Caja Ahorros ☐ Cta. Corriente	MONEDA ☐ Pesos ☐ Dólares	Nº DE CUENTA:

CBU Clave Bancaria Uniforme									---													

Pagos por los que solicita la BAJA:

Firma/s Titular/es

_____ Firma

_____ Aclaración

_____ Firma

_____ Aclaración

Form. 209/2