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 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/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 MODIFICACIÓN de datos:

Firma/s Titular/es

Firma Firma

Aclaración Aclaración

Form. 210/3