

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO RENUNCIA AL SUBSIDIO

Lugar y Fecha

Sres Seros Vital

Rawson/Chubut

Quien suscribe _____ DNI N°: _____

Afiliado a Seros Vital N°: _____, manifiesta su deseo de NO SER incorporado al régimen del Fondo de Subsidio por Fallecimiento de Seros Vital.

Saludo a Ustedes muy atentamente.-

Firma - Aclaración

CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la FIRMA/Impresión Digital que antecede ha sido puesta en mi presencia y corresponde a _____ en trámite de Renuncia al "Fondo de Subsidio por Fallecimiento"

Lugar y Fecha

Firma Autorizada y sello aclaratorio