

FORMULARIO OPCIÓN PAGO MÍNIMO

Por la presente el que suscribe, (Apellido y Nombre/s)

..... Domicilio:.....Nº:.....

Piso:.....Dpto.:.....Localidad.....Pcia:.....

.....País:.....Cód.Postal:..... DNI

Nº:..... e-mail.....

Teléfono:

Solicita se abone mensualmente, hasta agotar el saldo de mi cuenta individual de capitalización, como haber mínimo del beneficio de otorgado por la CAPROCE mediante Resolución Nº.....el equivalente a:

HABER MÍNIMO SIPA

SALARIO MÍNIMO VITAL Y MÓVIL

La movilidad del haber de jubilación quedará supeditada a la movilidad del haber de referencia elegido.

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN