

Declaración Jurada de Supervivencia

Nombre completo:..... ,

DNI , declaro bajo juramento que me encuentro en condiciones de percibir el beneficio que me otorga el Sistema de Caja de Previsión Social para Médicos y Bioquímicos de Entre Ríos.

En la ciudad de ,

provincia de ,

a los días del mes de de 2020.

Firma

Aclaración

