

NOMBRE DEL AFILIADO INCLUIDO EN REGIMEN:
PRESTACIÓN:

DIRECCION DE OBRA SOCIAL
SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

ACTA PODER

EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A LOS.....DIAS DEL
MES DE..... DE DOS MIL COMPARECIO ANTE EL
SUSCRITO UNA PERSONA QUE DIJO LLAMARSE
ACREDITANDO SU IDENTIDAD CON BENEFICIO N°.DE..
.....AÑOS DE EDAD, DE PROFESION.....
NACIDO EN..... DOMICILIADO EN.....
.....EL QUE MANIFESTO QUE VENIA A OTORGAR MANDATO
EN LA PERSONA DE DON/ÑA.....TITULAR DEL
DOCUMENTODE.....AÑOS DE EDAD
CON DOMICILIO EN.....

PARA QUE EN SU NOMBRE Y REPRESENTACION SE PRESENTE ANTE LA
D. O. S. DEL S. P. F. Y EFECTUE REINTEGROS, SUBSIDIOS, PERCIBA
DICHOS BENEFICIOS OTORGANDO RECIBOS, Y AUTORICE PARA QUE LOS
CHEQUES SEAN LIBRADOS A NOMBRE DEL APODERADO. FIRMAN ANTE
MI PODERANTE Y APODERADO, LO CUAL CERTIFICO.
EL MISMO TIENE VALIDEZ POR UN AÑO.-----

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL
PODERDANTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO AUTORIDAD QUE CERTIFICA