



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 4230618 - 4235900 - 4227279 - FAX 0351 - 4230618
Servicio Médico - Tel.: (0351) 4232750 - 4255178
e-mail: cajaabogados@uolsinectis.com.ar

ACTUALIZACIÓN DE DOMICILIO DE AFILIADOS

Afiliado N°:.....D.N.I:.....

Apellidos y Nombres:.....

Domicilio (calle, número, piso, dpto. u oficina):.....

.....

Barrio:..... Localidad:.....

Provincia:..... C.P.:.....

Teléfonos:..... Celular:.....

E-Mail:.....

Circunscripción:.....

Se considerará domicilio a todos los efectos atinentes a su vinculación con este organismo, el declarado por el abogado en oportunidad de efectuar su afiliación a esta Caja; el que se mantendrá hasta que manifieste su voluntad de cambiar el mismo, a cuyo fin deberá suscribir el presente formulario.

...../...../.....

Fecha

.....

Firma