



Solicitud Bonificación Cómputo Servicio y Edad

Fecha

Sr. Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico De la Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

Apellido/s y Nombre/s	inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito	
Matrícula N°	Documento DNI / LE / LC	CUIT / CUIL
nacido el	con domicilio real en la localidad de	
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.	Teléfono	eMail

se dirige al señor Presidente a fin de solicitar el beneficio de **Bonificación por cómputo de Servicios y Edad**, de conformidad con las disposiciones vigentes.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, que debo presentar como prueba de lo antes manifestado para la viabilidad de la presente solicitud.

Para el caso de que el Beneficio me sea concedido, autorizo expresamente a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires que **el valor correspondiente a esta prestación** (máximo valor de la Escala de Aportes), sea imputado al pago de los aportes jubilatorios establecidos por el Artículo 35° inciso "h" de la ley 12.207, a partir de la fecha de acuerdo y mientras se mantenga vigente el beneficio y/o se efectúe formal renuncia al mismo por el suscripto.

Sin otro particular, saludo a Usted con mi mayor consideración.

Firma