

Frente		Expediente			Beneficio						
Código de Area	Organismo	Número de CUIL/CUIT			Trámite	Sec	ExCaja	T	Número	C	DV

Quien suscribe:

Apellido y Nombre/s del / la Titular :	Tipo y N° de Documento / CUIL	Prov.Ems	Sexo	Nacionalidad

Domicilio de/la Titular : Calle _____ Número : _____ Piso : _____ Depto.: _____ C.P.: _____

Localidad : _____ Prov : _____

OTORGA PODER Para Tramitar (*) Para Percibir (*) Tipo de Tramite : _____

Apellido/s y Nombre/s o Entidad Representante :	Cód.Repres.	N° Matricula Profes.

Tipo y N° de Documento / CUIL	Prov.Ems	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil	Fecha Nacimiento	Fecha Alta	Fecha Venc.

Parentesco _____ Domicilio de Representante: Calle _____ Número : _____ Piso : _____ Depto.: _____

C.P.: _____ Localidad : _____ Prov : _____

Para que su nombre y representación actúe ante esta Administración Nacional de la Seguridad Social dentro de los términos y limitaciones que fija la Ley 17.040 (T.O. 1974), relevando a esta Administración de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

Firma del Apoderado

Firma del Poderdante

Certificación de identidad y firmas por Autoridad Competente

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello del Funcionario Certificante

Repres.	Cód.Ag.Pagador

Otorga PODER PARA PERCIBIR al BANCO:

Para que en su nombre y representación perciba sus haberes, con facultad para suscribir recibos y demás resguardos que esta Administración Nacional de la Seguridad Social exija o pueda exigir; declarando especialmente que el presente PODER quedará subsistente, sin restricción ni modificación alguna hasta tanto presente ante esta Administración la revocación expresa del mismo, ya sea por escritura pública o por nueva Carta Poder, sin cuyo requisito se deberá tener por válido este Poder.

Lugar y Fecha _____

Firma del Poderdante

Declaramos aceptar la presente CARTA PODER y certificamos que la firma y el documento de identidad que obran precentemente pertenecen a Don/ña _____

SELLO DE LA INSTITUCION BANCARIA _____ Lugar y Fecha _____

Firma Sello y Cargo

Lea Atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados (*) Marcar con X donde corresponda

La/El Notaria/o que suscribe **CERTIFICA** que la/s firma/s estampada/s ha/n sido colocada/s por la persona descrita, el anverso, como Titular, con DNI N°....., en mi presencia, formalizado en la fecha el pertinente requerimiento, bajo el Acta N°, de foja N°..... del Libro N°, del Protocolo de Actas de Requerimientos, perteneciente al Registro Notarial N°.....- A solicitud de quien me ha requerido expido la presente, en los términos de la **Resolución 43 de C.S.**; DNU 297/2020, y Decisión Administrativa N°467/20 de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. En, provincia de Mendoza a los días del mes de del año DOS MIL VEINTE.

Adherir estampilla

Firma y sello notaria/o certificante