SOLICITUD DE BAJA

ENTIDAD: _____ **N° DE EMPRESA:** _____

FECHA DE PRESENTACIÓN: _____

INFORMACIÓN BRINDADA POR LA ENTIDAD						DEPARTAMENTO AFILIACIONES	
TIT	FAM	N° DE AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	MOTIVO DE BAJA	DOCUMENTACIÓN	RECHAZADO	MOTIVO

Córdoba, ____ de _____ del 20___

_____	_____	_____
Firma del representante legal de la entidad	Sello de la entidad	Firma del responsable de afiliaciones

Sede Central
Marcelo T. de Alvear 758
B° Güemes. Córdoba Capital

Horario de atención
8:00 a 20:00 hs

Centro de Atención al Afiliado 0 800 888 2776
comunicaciones.apross@cba.gov.ar
www.apross.gov.ar