

FORMULARIODescargado de www.luzyfuertzacbasalud.com.ar**SOLICITUD DE BAJA**

Córdoba: _____ de: _____ del: 20 ____

Sr. Presidente de la
Obra Social del Personal de Luz y Fuerza de Córdoba
Presente/

De mi mayor consideración:

El que suscribe _____ Afiliado N°: _____ / _____,
se dirige a Uds. Y demás miembros de esa Obra Social, a los fines de solicitarle **LA BAJA** de los siguientes afiliados:

APELLIDO Y NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADO	CAUSA DE BAJA

Con la presente adjunto el/los carnets correspondientes.

Sin otro particular saludo muy atentamente.

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR-----
Aclaración**DOMICILIO ACTUAL**

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Barrio: _____

C.P.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____