

CARTA PODER PARA PERCIBIR

TIPO DE BENEFICIO: JUBILACIÓN PENSIÓN N° DE BENEFICIO:

QUIEN SUSCRIBE:

Apellido/s				Nombres			
DNI	Doc.Extr.	Fecha de Nacimiento		Nacionalidad		CUIL	
Domicilio							
Calle			N°	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
Mail				Teléfono		En carácter de:	
						Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>	

OTORGA PODER A:

Apellido/s				Nombres				CUIL / CUIT	
DNI	Doc.Extr.	Mail		Teléfono Fijo		Teléfono Celular			
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)									
Calle			N°	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal		

Quando el poder sea suscripto por un **representante legal** (padre/madre en ejercicio de la patria potestad) a favor de un tercero deberá adjuntar certificado de nacimiento y supervivencia de ambos. **Los tutores y curadores y otros sistemas de apoyo no pueden conferir poder.**

Firma del Apoderado

Firma del Poderdante

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

Certifico que los datos consignados son copia fiel de los obrantes en los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuvo a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.

.....
Lugar y Fecha

.....
Sello

.....
Firma

.....
Aclaración de Firma y Cargo

(*) Únicamente podrán certificar Funcionarios del IPS, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada. El presente mandato tendrá un plazo de vigencia de seis (6) meses a contar desde la fecha de su otorgamiento y podrá ser prorrogado tantas veces como sea necesario.

Para cualquier consulta puede dirigirse a la Sede Central del IPS, o al Centro de Atención Previsional más cercano a su domicilio ó llamar al 148.