

SOLICITUD DE PAGO DE HABERES PENDIENTES FOR-HAB-002 SIN DECLARATORIA DE HEREDEROS

POR MEDIO DE LA PRESENTE MANIFESTAMOS QUE SOMOS ÚNICOS Y UNIVERSALES HEREDEROS DE:

APELLIDOS Y NOMBRES

DOCUMENTO

TIPO

NUMERO

--	--	--

EN TAL CONDICIÓN VENIMOS A SOLICITAR EL PAGO DE LAS SUMAS NO PERCIBIDAS POR EL O LA CAUSANTE. NOS OBLIGAMOS SOLIDARIAMENTE A PAGAR A LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, CUALQUIER SUMA QUE ÉSTA DEBA ABONAR A OTROS HEREDEROS DEL O LA CAUSANTE QUE FUEREN DECLARADOS JUDICIALMENTE Y NO SUSCRIBIERAN EL PRESENTE DOCUMENTO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE NUESTRA PARTE Y, ANTE CUALQUIER MOTIVO POR EL QUE DEBA RECURRIRSE A SE DE JUDICIAL, RENUNCIAMOS AL FUERO FEDERAL RECONOCIENDO COMO COMPETENTES LOS TRIBUNALES ORDINARIOS DE LA CIUDAD DE SANTA FE Y A LOS CUALES NOS SOMETEMOS.

DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES

SOLICITANTE 1

APELLIDOS Y NOMBRES

--

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA - MES - AÑO

DOCUMENTO

TIPO

NUMERO

CELULAR

COD PAIS

COD AREA

NRO TELEFONO

+	54	0		15	
---	----	---	--	----	--

CORREO ELECTRONICO

--

DOMICILIO

CALLE:		N°		PISO:		DPTO.	
C.P.:		LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

SOLICITANTE 2

APELLIDOS Y NOMBRES

--

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA - MES - AÑO

DOCUMENTO

TIPO

NUMERO

CELULAR

COD PAIS

COD AREA

NRO TELEFONO

+	54	0		15	
---	----	---	--	----	--

CORREO ELECTRONICO

--

DOMICILIO

CALLE:		N°		PISO:		DPTO.	
C.P.:		LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

SOLICITANTE 3

APELLIDOS Y NOMBRES

--



FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR		NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15	<input type="text"/>

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO										
CALLE:	<input type="text"/>				Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>		PROVINCIA:	<input type="text"/>				

SOLICITANTE 4

APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO		CELULAR		NRO TELEFONO	
DÍA	MES	AÑO	TIPO	NUMERO	COD PAIS	COD AREA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+54	0 <input type="text"/>	15	<input type="text"/>

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO										
CALLE:	<input type="text"/>				Nº	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>		PROVINCIA:	<input type="text"/>				

EN CASO DE EXISTIR MÁS HEREDEROS, DEBERÁ COMPLETAR EL FORMULARIO ANEXO DE SOLICITANTES DE PAGO DE HABERES PENDIENTES.

CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.
NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
FECHA				

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA