5- OTRAS PERSONAS O FAMILIARES A SU CARGO (Ley 23.660 Art. 9º - Ultimo párrafo)

APELIDO Y NOMBRES					21
PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	
					22
					23

6- DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Declaro bajo juramento que los datos transcriptos en la presente se ajustan estrictamente a la realidad y asumo el compromiso de notificarles toda variación que ocurra en los mismos, dentro de los diez días corrido de acontecido.-

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL BENEFICIARIO

7- DATOS DEL EMPLEADOR
(Completar únicamente en el caso de que el mismo no se encuentre inscripto en la Obra Social)

CUIT EMPLEADOR
--- ---

RAZÓN SOCIAL O APELLIDO Y NOMBRES	TIPO DE SOCIEDAD

DOMICILIO LEGAL: CALLE - NÚMERO - PISO - OFICINA	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

DOMICILIO ADMINISTRATIVO: CALLE - NÚMERO - PISO - OFICINA	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

OBSERVACIONES: ……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……