



SEMPRE

Servicio Médico Previsional
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

SOLICITUD DE BAJA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE

CUIL

DATOS DE AFILIADO A BAJAR

APELLIDO Y NOMBRE

CUIL

MOTIVO	
<input type="checkbox"/>	DIVORCIO
<input type="checkbox"/>	SEPARACION DE ECHO
<input type="checkbox"/>	TENER OTRA OBRA SOCIAL
<input type="checkbox"/>	RAZONES ECONOMICAS
<input type="checkbox"/>	RAZONES PARTICULARES
<input type="checkbox"/>	OTRO.....

FECHA DE BAJA	
DESDE	

LUGAR Y FECHA

Me notifico, que a partir de esta fecha NO SOY MAS BENEFICIARIO DE SEMPRE, y de registrar más de tres (3) años de aportes, puedo continuar siendo afiliado, como adherente. Teniendo 15 días hábiles para solicitar dicho trámite (Ley 2200, excepto bomberos y pensiones graciables).

FIRMA AFILIADO A BAJAR (MAYORES DE 18 AÑOS)

FIRMA AFILIADO TITULAR

ACLARACION

ACLARACION

CERTIFICADO DE FIRMAS

Certifico que
.....
firmando ante mí.
firma y sello del certificante

Certifico que
.....
firmando ante mí.
firma y sello del certificante

LAS FIRMAS DEBEN ESTAR CERTIFICADAS POR JUEZ DE PAZ, ESCRIBANO PUBLICO, POLICIA, AGENTE COMUNAL DE ISS O PERSONAL DE SEMPRE.