

## FORMULARIO DESAFILIACIÓN O.S.P.A.C.

Apellido y nombre:

Afiliado N°:  D.N.I.:

Domicilio:

Localidad:  Provincia:

Teléfono:

Solicito la desafiliación de la OSPAC en los términos del artículo 104° de la Ley N° 12.818 (modif. por Ley N° 13.471) a partir del día 1° del mes siguiente al de la recepción del presente.

Declaro ser afiliado/a obligatorio/a de la siguiente Obra Social:

Acompaño el último recibo de sueldo o recibo de haberes (jubilación/pensión) donde consta el descuento del aporte a la referida Obra Social. Declaro tener conocimiento del artículo 104° de la Ley N° 12.818 (modif. por ley N° 13.471) y las consecuencias de la desafiliación solicitada, manifestando mi plena conformidad con el pago de la cuota mensual solidaria allí prevista, equivalente al 25% la cuota vigente del Plan A de OSPAC o similar.

-----  
FIRMA DEL SOLICITANTE

-----  
ACLARACIÓN O SELLO

**IMPORTANTE:** Presto mi conformidad para que se me notifique la resolución que se dicte al siguiente e-mail:

**Me notifico de que, de conformidad con lo normado por el art. 11 de la Ley 12.818, es obligación del afiliado comunicar en tiempo y forma fehaciente todo cambio de domicilio postal o electrónico, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. Las notificaciones serán válidas en los domicilios denunciados hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente el cambio.**

Certifico que las firmas que anteceden fueron puestas en mi presencia por el solicitante

-----  
FIRMA DEL SOLICITANTE

-----  
Firma y aclaración del funcionario certificante (Autoridad Judicial, Escribano Público o personal de la CPAC)

-----  
ACLARACIÓN O SELLO