

SOLICITUD DE PAGO A DOMICILIO PERMANENTE

LOCALIDAD		AGENTE DE PAGO		RADIO (Uso interno)	
				FECHA	

1 DATOS DEL PASIVO

1er. Apellido		2do. Apellido	
1er. Nombre		2do. Nombre	
C. I.		Edad	
Calle		Nº/Bis	Apto.
Entre		Teléfono	

.....
Firma del Titular

Impresión dígito pulgar
(En caso de no poder firmar)

NOTA: Adjuntar fotocopia de Cédula de Identidad del titular de la pasividad y Certificado Médico con timbre profesional.

2 DATOS DEL GESTIONANTE

Apoderado		Gestionante		Familiar		C. I.	
1er. Apellido		2do. Apellido					
1er. Nombre		2do. Nombre					
C. I.		Edad					
Calle		Nº/Bis	Apto.				
Entre		Teléfono					

El solicitante declara la imposibilidad por parte del titular, de concurrir a efectuar el cobro mensual de la Pasividad así como tampoco tener familiares obligados (Cónyuge e Hijos), que puedan ejercer como Apoderados. La declaración es tomada de acuerdo al Art. 239 del Código Penal - Falsificación ideológica por un particular: "El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad y estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión".

.....
Firma del Solicitante

.....
Firma y nº del Funcionario

3 PARA USO EXCLUSIVO DEL BPS

Se eleva a consideración de la Gerencia de la Unidad, dejando constancia que:		
1	La solicitud cumple con los requisitos exigidos.	
2	No cumple con el/los requisitos n.º	a que refiere el Art. 2 de las Normas de Procedimiento

.....
Firma y nº del Funcionario