



Rawson, ____ de _____ de _____.

Al Sr. Presidente
Consejo de Administración
Cooperativa de Servicios Públicos
Consumo y Vivienda Rawson Ltda.

Usuario: _____

Socio N°: _____

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de solicitarle se me aplique a la factura mensual por los servicios brindados por esa Cooperativa el descuento tarifario aplicable a Jubilados o Pensionados.

Apellido y Nombre:		
Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil:	DNI/LC/LE:
Domicilio:		Teléfono:
Ingreso Mensual:	Correo Electrónico:	
Apellido y Nombre (cónyuge)		
Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil:	DNI/LC/LE:
Domicilio:		Teléfono:
Ingreso Mensual:	Correo Electrónico:	

OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN

Apellido y Nombre	Fecha de Nacimiento	DNI/LC/LE	Ingreso Mensual

Declaro bajo juramento que la información suministrada es cierta, correcta, completa y que cumplo con todos los requisitos estipulados.

Declaro conocer que comprobada la falsedad de los términos de los datos anteriores, la Cooperativa quedara habilitada a suspender los beneficios. Procediendo a efectuar los ajustes que correspondan desde el otorgamiento del mismo.

Así mismo declaro que dicha declaración será renovable cada doce (12) meses desde la presentación de la misma según Resolución N° 2593/2017.

Atentamente.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____