



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS Y BIOQUÍMICOS DE SALTA

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO - AOS

AFILIADO NRO. :

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Por la presente autorizo a la **Asociación Odontológica Salteña** para que me retenga los aportes previsionales a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos y Bioquímicos de Salta, de las liquidaciones de Honorarios a mi favor que efectúe esa Asociación.

Tildar el que corresponda:

APORTES ORDINARIOS DEL MES

SALDOS DE APORTES POR MESES ANTERIORES

CONFORMIDAD DEL AFILIADO

Fecha y lugar

Firma y aclaración del titular

.....

.....