



Nº de Cobro:

Cédula de Identidad:

1º Nombre:

2º Nombre:

1º Apellido:

2º Apellido:

Sexo: *(marque con una X)* F M

Fecha de Nacimiento:

Domicilio /Calle

Nº de Puerta

Apto.

Código Postal:

Localidad:

Departamento:

Teléfono:

e-mail:



Solicito que el recibo de mi liquidación se me haga llegar de la siguiente forma
(*marcar con una cruz la opción que corresponda*):

- Envío por Correo Central con un costo a mi cargo de \$ 20 al domicilio declarado precedentemente.
- Retiro en la sede del S.R.P.FF.AA
- Retiro en la Asociación de Retirados de mi localidad.
- Retiro en COFA'S (únicamente el 4º día hábil en el horario de 8:30 a 16:00 hs.)

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN DE FIRMA

NOTA:

- **Con la presentación de este formulario se deberá adjuntar fotocopia de la C.I. del titular legible.**
- **Los cambios de domicilio posteriores deberán ser comunicados a este.**