

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_, comparece

a la Filial \_\_\_\_\_ del Banco Credicoop Coop. Ltda. ubicada en \_\_\_\_\_

el Sr. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

y ante la presencia de personal autorizado del Banco Credicoop Coop. Ltda., y de el/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ respectivamente, ambo/as del conocimiento y entera confianza del

Sr. \_\_\_\_\_ quien se encuentra imposibilitado

de estampar su firma, todos ellos capaces para este acto, se procede a dar lectura, a viva voz del formulario "Cuentas Sueldo de la Seguridad Social (Com. A 6064 BCRA)", que se encuentra impreso y anexado a la presente y que se encuentra vinculado con la conformidad de la apertura de la cuenta necesaria para la acreditación de los beneficios previsionales.

Finalizada la lectura, los Sres \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ suscriben el mencionado formulario en prueba de conformidad del Sr

\_\_\_\_\_ con el contenido del mismo el cual se ha leído para él, quien manifiesta expresamente su compromiso a dar cumplimiento a todas las obligaciones que de ellas surgen a su cargo.

Asimismo, el Sr \_\_\_\_\_ acepta haber recibido la correspondiente

Tarjeta CABAL Débito así como también haber sido notificado de las recomendaciones acerca de las precauciones que debe tomar para la operatoria con cajeros automáticos, relevando al Banco Credicoop Coop. Ltda. de cualquier responsabilidad que pudiera derivar directa o indirectamente por la utilización del servicio y se abstiene de efectuar a esa Institución reclamo y/o impugnación alguna de cualquier especie. Los comparecientes firman a continuación.

Firma Testigo 1: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Doc. identidad (tipo y nro.): \_\_\_\_\_

Firma Testigo 2: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Doc. identidad (tipo y nro.): \_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello p/Banco \_\_\_\_\_