SINDICATO PETROLEROS JERÁRQUICOS
NEUQUÉN, RÍO NEGRO Y LA PAMPA

MUTUAL PETROLEROS JERÁRQUICOS

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

REINTEGRO DE FARMACIA

ANTIGÜEDAD: (SIN ANTIGÜEDAD MINIMA)

FECHA DE ENTREGA: ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE:_____

DNI:_____ N° DE ASOCIADO MPJ:_____

EMPRESA:_____

DIRECCION:_____ CIUDAD_____

TELEFONO:_____E-MAIL:_____

ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO: ☐

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR:

NOMBRE DEL BANCO:_____

Nº SUCURSAL DEL BANCO:_____

TIPO DE CUENTA:_____N° DE CUENTA: _____

N° DE CBU: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (22 digitos)

Nº C.U.I.L :_____

FC. O TKT ORIGINAL CON COBERTURA DE LA OBRA SOCIAL ☐

COPIA DE RECETA FIRMADA POR EL MÉDICO ☐

EN CASO DE REINTEGRO ANTERIOR DE OBRA SOCIAL

COPIA FIEL DE FACTURA ORIGINAL ☐

COMPROBANTE DE COBERTURA DE LA O.S. ☐

TITULAR / CÓNYUGE
FIRMA Y ACLARACIÓN
Nº DNI:

VERIFICACIÓN INTERNA
NOMBRE:
SEDE:

VERIFICACIÓN SEDE CENTRAL
FECHA:___/___/___