



**Cooperativa de Servicios Públicos, Consumo y Vivienda Rawson Ltda.**

MATRICULA N° 9420

MARIANO MORENO 249 – Tel.: (02804) 481625 / 482462 / 482999 – Fax: (02804) 482681

E-mail: :[csprawso@infovia.com.ar](mailto:csprawso@infovia.com.ar) [csprawso@infovia.com.ar](mailto:csprawso@infovia.com.ar)

[csprawson@infovia.com.ar](mailto:csprawson@infovia.com.ar) - (9103) RAWSON – Provincia del CHUBUT

Rawson \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

Usuario : \_\_\_\_\_

Socio : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Monto de Ingreso Mensual : \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre (Cónyuge) : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Estado Civil : \_\_\_\_\_ DNI/LC/LE : \_\_\_\_\_

Monto de ingreso mensual : \_\_\_\_\_

**OTRAS PERSONAS QUE CONVIVAN**

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

Asi 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 : \_\_\_\_\_