



Fondo Compensador Fuerza Aérea Personal Civil

Matrícula INAES 666 Capital Federal

**Sede Central:** Paraná 666 (C1017AAN) Buenos Aires Telefax: (011) 4370-9850

**Filial Córdoba:** Av. Colón 335 1º piso local 46 (X5000EPD) Córdoba Telefax: (0351) 425-1367 / 423-9274

## CARTA PODER

Por el presente documento, el asociado \_\_\_\_\_

documento tipo Nro. \_\_\_\_\_, Osfa Nro. \_\_\_\_\_ uni-

dad nro: \_\_\_\_\_, le confiere poder para realizar trámites ante esta Mutual y/o percibir

en su representación los importes que se liquiden a su favor en concepto de complementos (jubilatorios/

pensionarios), relevando desde ya a la Mutual del Fondo Compensador de las consecuencias de este

mandato y de los actos de su apoderado, al señor/señora:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Tipo: Nro.: \_\_\_ Doc. \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Asimismo, declaro estar en conocimiento que el presente documento tendrá efecto por el plazo de un año, al término del cual se deberá renovar la autorización mediante certificación fehaciente de supervivencia del Titular del beneficio de complemento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

## CERTIFICACION DE FIRMAS

Certifico que las firmas que anteceden son auténticas por haber sido puestas en mi presencia y respaldada por los correspondientes documentos de identidad.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Certificante

Los datos consignados en la solicitud por el asociado solicitante, deberán ser certificados por el Representante titular, por el suplente en ausencia de este, o por el Delegado administrativo en caso de que su organismo de revista no tenga representante. Si su domicilio se encuentra en una localidad distinta a la del asiento de las personas mencionadas, la certificación la deberá efectuar el Agente de enlace de dicha localidad o la autoridad local. También pueden certificarse directamente en la Sede Central o Filial Córdoba.