



CAJA DE PREVISIÓN Y AHORROS DEL S.N.T.S.S.

SOLICITUD DE SERVICIOS MÚLTIPLES DE AHORRO

DÍA MES AÑO

DATOS DEL AHORRADOR

FECHA:

--	--	--

DELEGACIÓN	MATRÍCULA	BASE	CONFIANZA	ESTATUTO	MANDO	S.N.T.S.S.	CAJA	JUBILADO O PENSIONAD

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE, NÚMERO EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA	ALCALDÍA O MUNICIPIO

ESTADO	C.P.	TELÉFONO DOMICILIO	TELÉFONO MÓVIL	TEL. OFICINA CON EXTENSIÓN

OPERACIÓN QUE SOLICITA APLICAR EN SU CUENTA DE AHORRO

<input type="checkbox"/> RETIRO PARCIAL DE AHORRO: \$ _____	<input type="checkbox"/> SOLICITUD O PAGO DE RET. TOTAL: \$ _____
---	---

<input type="checkbox"/> INCREMENTO O DISMINUCIÓN DE AHORRO A: \$ _____	<input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN POR RETENC. INDEBIDAS: \$ _____
---	---

LIQUIDACIÓN DE ADEUDO CON AHORRO

RETENCIONES ÚNICAS:	QNA. O MES	IMPORTE	QNA. O MES	IMPORTE	QNA. O MES	IMPORTE

AUTORIZO A LA CAJA DE PREVISIÓN Y AHORROS DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL PARA QUE EL IMPORTE SOLICITADO POR LA OPERACIÓN ARRIBA SEÑALADA ME SEA PAGADA A TRAVÉS DEL DEPÓSITO A MI CUENTA BANCARIA DE NÓMINA.

BANCO	No. CUENTA

FIRMA DEL SOLICITANTE (IGUAL A LA DE SU IDENTIFICACIÓN)

ESTA SOLICITUD SÓLO SE PODRÁ REALIZAR ADJUNTANDO UNA COPIA DE SUS DOS ÚLTIMOS COMPROBANTES DE PAGO DE NÓMINA E IDENTIFICACIÓN OFICIAL

ESTA FORMA Y SU TRÁMITE SON GRATUITOS, SI NO ES ASÍ, REPÓRTELO AL CORREO: auditoria@cpaimss.com.mx o al 800 8903071

LLENADO POR EL AHORRADOR