Banco Provincia

SUCURSAL	
	Cód.:

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE BENEFICIOS AR PLUS

PRODUCTOS QUE DESEA ADHERIR AL PROGRAMA AR PLUS

TARJETA DE CRÉDITO	VERSIÓN	CUENTA	Nº DE TARJETA
☐ Visa			

DATOS DE LA/EL TITULAR DE LA CUENTA QUE SE ADHIERE AL PROGRAMA

APELLIDO	PRENOMBRE/S

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA
☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. Nº:	☐ C.U.I.T. ☐ C.U.I.L. ☐ C.D.I. Nº:

SEXO	ESTADO CIVIL		
	☐ Soltera/o	☐ Casada/o	☐ Viuda/o
	☐ Divorciada/o	☐ Separada/o	☐ Unida/o convivencialmente

FECHA NACIMIENTO	NACIONALIDAD

PROFESIÓN

DOMICILIO					
Calle:	Nº:	Piso:	Depto:	Localidad:	C.P.:

TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Pref.: Nº:	Pref.: Nº:	

He leído y acepto los términos y condiciones de participación en el Programa AR Plus (formulario B.P. Nº 1223), declarando conocer la normativa que regula el presente servicio, cuya copia en este acto me ha sido entregada y me obligo a cumplimentar.

LUGAR	FECHA

Dejo constancia de haber recibido copia del presente formulario.

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA DE LA/EL TITULAR

POR EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Para una efectiva adhesión, los datos solicitados en este formulario deben presentarse completos en su totalidad.

B.P. Nº 1224 - 17/03/2021