



## CARTA PODER

Lugar y fecha:.....

**AL SEÑOR/A PRESIDENTE/A DEL INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES.**

De acuerdo con lo dispuesto en el Acta Convenio con las Entidades Apoderadas, aprobado por la Resolución IAF N° IF-2022-128469750-APN-DE#IAF de fecha 29 de Noviembre de 2022, por la presente CARTA PODER autorizo a **CÍRCULO DE SUBOFICIALES DEL EJÉRCITO**, para que cobre y perciba mensualmente el importe de los haberes que por todo concepto me correspondan ante esa Institución, así como para la recepción y/o conformación de los pertinentes recibos.

Declaro conocer que la percepción de mis haberes por parte de la ENTIDAD produce el efecto cancelatorio del pago, por lo que una vez producido nada podré reclamar al INSTITUTO respecto de los montos entregados.

**CÍRCULO DE SUBOFICIALES DEL EJÉRCITO** queda expresa e irrevocablemente autorizado a revertir las acreditaciones realizadas en concepto de haberes cuando exista instrucción expresa de EL INSTITUTO indicando la existencia de error, a condición que tales haberes se encuentren intactos en mi cuenta personal.

Declaro asimismo que la vigencia de CINCO (5) años del presente poder comenzará a regir desde el día ..... de ..... de .....

.....  
Firma del beneficiario  
(Poderdante)

.....  
Firma de la  
Autoridad certificante

Grado: .....

Nombre y Apellido (\*): .....

DNI (\*): .....

Situación de revista: .....

Domicilio (\*): .....

Teléfono Particular: .....

Teléfono Celular (\*): .....

Correo Electrónico (\*): .....

Es responsabilidad del beneficiario poderdante comunicar fehacientemente y con celeridad al INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES cualquier novedad o inconveniente significativo que pudiera surgir con relación al cobro autorizado y/o al mandato que se otorga por la presente Carta Poder.

(\*) Campo Obligatorio