



ADHERIDA A F.A.T.S.A. Y C.G.T.

Asociación Trabajadores de la Sanidad Argentina Hurlingham

FUNDADA EL 1° DE SETIEMBRE DE 1951

PERSONERIA GREMIAL N° 888

SOLICITUD DE AFILIACION DE SERVICIOS SOCIALES DEL TITULAR

SOCIO N° FECHA

Secretario General de la Asociación:

De acuerdo a los fines y propósitos de esta Asociación, consignados en sus Estatutos, sirvame anotarme como socio.

Nombre y Apellido	<input type="text"/>				
Domicilio Particular	<input type="text"/>				
Localidad	<input type="text"/>	C. P.	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Fecha de nacim.	<input type="text"/>	Estado Civil	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	Documento Tipo:	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
N° CUIL:	<input type="text"/>	Profesion	<input type="text"/>		
		Estudios cursados	<input type="checkbox"/> Primarios	<input type="checkbox"/> Incompletos	
			<input type="checkbox"/> Secundarios	<input type="checkbox"/> Incompletos	
			<input type="checkbox"/> Terciarios	<input type="checkbox"/> Incompletos	
			<input type="checkbox"/> Universitarios	<input type="checkbox"/> Incompletos	
Nombre del Establecimiento	<input type="text"/>		Titulo	<input type="text"/>	
N° de Cuit de la Empresa	<input type="text"/>		Localidad	<input type="text"/>	
Domicilio de la Empresa	<input type="text"/>				
Partido	Telefono	Fecha de Ingreso al Establecimiento			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Firma del Socio



Asociación Trabajadores de la Sanidad Argentina Hurlingham

Fundada el 1° de Setiembre de 1951
Adherida a F.A.T.S.A. y C.G.T.
Personería Gremial N° 888

SOLICITUD DE AFILIACION DE SERVICIOS SOCIALES DE GRUPO FAMILIAR

Datos del titular N° de Afiliado Fecha

Apellido y Nombre

N° de C.U.I.L. N° de C.U.I.T de la Empresa

Datos del Grupo Familiar

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Apellido y Nombre

Fecha de Nacim. Tipo y N° de Documento

Firma del Socio



Asociacion Trabajadores de la Sanidad Argentina Hurlingham

Fundada el 1° de Setiembre de 1951
Adherida a F.A.T.S.A. y C.G.T.
Personeria Gremial N° 888

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a los efectos de que lo gire a quien corresponda, en cumplimiento del Decreto N° 387/77 y sus Articulos 3° y 5°, le informo que me encuentro AFILIADO/A a la ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA, Filial Hurlingham (A.T.S.A.), de la Provincia de Buenos Aires y que goza de PERSONERIA GREMIAL N° 888.

Por lo expuesto solicito a Ud. se me realice la retencion por cuota societaria del 4 %, según resolucion N° 47/91, de la Direccion Nacional de Asociaciones Sindicales, la que debera ser girada a la Organización mencionada en forma mensual.

Sin otro particular y a la espera que disponga Ud. el cumplimiento de lo solicitado, hago propicia la oportunidad para saludarlo con la estima que su persona merece.

.....
FIRMA

.....
Nombre y Apellido

.....
N° de Cuil

.....
Afiliado N°



Asociacion Trabajadores de la Sanidad Argentina Hurlingham

Fundada el 1° de Setiembre de 1951
Adherida a F.A.T.S.A. y C.G.T.
Personeria Gremial N° 888

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a los efectos de que lo gire a quien corresponda, en cumplimiento del Decreto N° 387/77 y sus Articulos 3° y 5°, le informo que me encuentro AFILIADO/A a la ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA, Filial Hurlingham (A.T.S.A.), de la Provincia de Buenos Aires y que goza de PERSONERIA GREMIAL N° 888.

Por lo expuesto solicito a Ud. se me realice la retencion por cuota societaria del 4 %, según resolucion N° 47/91, de la Direccion Nacional de Asociaciones Sindicales, la que debera ser girada a la Organización mencionada en forma mensual.

Sin otro particular y a la espera que disponga Ud. el cumplimiento de lo solicitado, hago propicia la oportunidad para saludarlo con la estima que su persona merece.

.....
FIRMA

.....
Nombre y Apellido

.....
N° de Cuil

.....
Afiliado N°