

Solicitud de Credencial de Afiliado

NUMERO DE AFILIADO

NUMERO DOCUMENTO

CREDENCIAL

DEL AFILIADO

APELLIDO y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: ____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ COD. POSTAL: _____

TELEFONO PARTICULAR y CARACTERÍSTICA: (____) _____ CELULAR: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ MINISTERIO: _____

TELEFONO LABORAL y CARACTERÍSTICA: (____) _____ E-MAIL: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	FECH. NACIM.	PARENTESCO	SEXO

ADHERENTES

Solicito sean incorporados como ADHERENTES a los familiares cuyos datos se detallan a continuación y autorizo a que se me realicen los descuentos correspondientes (por cada uno de ellos), y por doce meses como plazo mínimo.

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	FECH. NACIM.	PARENTESCO	SEXO

FIRMA DEL AFILIADO

Por la presente autorizo a UPCN Seccional Santa Fe a retener de mi haber mensual el importe detallado, en concepto de: _____

APELLIDO y NOMBRE: _____

DOCUMENTO N°: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

IMPORTE: \$ _____ CANTIDAD DE CUOTAS:

FECHA: _____

FIRMA DEL AFILIADO