APELLIDO Y NOMBRES.....................................................................................

FECHA DE NACIMIENTO............/............./.............

DNI...............................................TELEFONO......................................................

DOMICILIO............................................................................................................

PARENTESCO.......................................................................................................

SOCIO TITULAR...................................................................................................

CATEGORÍA DE SOCIO.......................................................................................

LUGAR Y FECHA.................................................................................................

.......................................................

Firma del Afiliado

MAR DEL PLATA,

SEÑOR RECTOR DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el fin de llevar a su conocimiento que soy Socio Activo de la Mutual de la Asociación del Personal de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripta en el registro nacional de Mutualidades con la matrícula Nº 969 (novecientos sesenta y nueve), de la Provincia de Buenos Aires.

Por tal razón presto mi conformidad a través de la presente para que de mis haberes se deduzca, en concepto de cuota societaria, a mi grupo familiar según el siguiente detalle:

CUOTA SOCIO ACTIVO: Esposo/a.

CUOTA SOCIO ACTIVO: Menores de 21 años

|  |  |
| --- | --- |
| BENEFICIARIO | PARENTESCO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Firma del Afiliado Titular

Aclaración de la Firma