FICHA DE AFILIACION Nº

(Socio Participante) – ADHERENTE

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

FECHA DE NACIMIENTO............/............./.............NAC:.................................

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 Adherente de la Asociación Mutual 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:

COUTA SOCIO ACTIVO: Esposo/a.

CUOTA SOCIO ACTIVO: Menores de 21 años

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

 Firma del Afiliado Titular

 Aclaración de la Firma