



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Matricula N° 1693 - registro Nacional de Mutualidades
Calle 3 N° 564 || Tel. / Fax 0221- 427.1709 _ 425.4804
La Plata (1900)

+54 221 537 5144

@mutualamosba

Por medio de la presente autorizo a quien corresponda para que se me retenga el 1,3% y alta de complejidad de mi haber en concepto de cuota Social y SIAC.

Nombre y Apellido:

Organizacion: Sector: Legajo:

DNI: Estado Civil:

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio // Localidad // Provincia // CP:

Telefono: Email: CBU:

Adjuntar DNI y recibo de sueldo

Familiares a Cargo

Nombre y apellido	Documento	Fecha de nacimiento	Parentesco

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados precedentemente son veraces y la documentacion que adjunto (certificaciones de estudios, de vinculo, etc.) Por medio de la presente, del titular de referencia, manifiesta su voluntad de autorizar/ceder el cobro del subsidio que otorga AMOSBA, en caso de su deceso al siguiente familiar directo:

Nombre y apellido	Documento	Parentesco

Firma:
