

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Yo		N° Cédula	
----	--	-----------	--

Solicito que se me acepte como miembro de dicha asociación, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, a la vez autorizo a la Oficina de Recursos Humanos para que me deduzca de mi salario el 5% del ahorro y la póliza de vida, los cuales me acreditan como asociado.

Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Celular	
Lugar de Trabajo		Tel. Oficina		Profesión	
Puesto		Tipo nombramiento Propiedad		Interino	
Dirección de Domicilio Provincia:		Cantón		Distrito	
Señas:					
Número Cuenta Bancaria IBAN		Correo Electrónico			
Persona referida:		N° Cédula			

Beneficiarios (Ahorro Asociación y Póliza de Vida)

Nombre	Cédula	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

Planilla (X):

CONAGEBIO	FONAFIFO	COMCURE	SINAC
INTEGRA	En INTEGRA por favor especificar lugar de trabajo o código:		

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Por favor adjuntar **copia legible de la cédula de identidad**.