

Tengo el agrado de dirigirme al consejo Directivo con el fin de solicitarle tenga bien aceptarme como Asociado a esa Entidad, poniendo a su disposición mis datos personales y los correspondientes a los de mis familiares a cargo que por mi intermedio pudieran corresponderles los beneficios y obligaciones contraídos con la Mutual, en calidad de Asociados Participantes, en un todo de acuerdo con los Estatutos y Reglamentos de la misma, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Autorizo expresamente a AMPSE a descontar de mis haberes la cuota mutual y/o cualquier otra suma que adeude a dicha institución y/o servicio que haya brindado a mi favor o a favor de mis familiares a cargo. La presente asume el carácter de DECLARACIÓN JURADA, responsabilizándome por la exactitud de los datos consignados. Asimismo, me comprometo a comunicarles por escrito cualquier modificación de los datos consignados dentro de las 72 horas de producida.

CATEGORÍA DEL ASOCIADO Activo Adherente**DATOS PERSONALES**

Apellido

Nombres

Tipo y N.º Doc

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Teléfono

Celular

Dirección de e-mail

DOMICILIO

Calle

Número

Piso/Depto.

C.P.

Barrio

Localidad

Provincia

DATOS LABORALES – SOCIOS ACTIVOS**A EN ACTIVIDAD EN E.P.E.C.**

Denominación del Cargo

Categoría

N.º Reparto

Teléfono / Interno

N.º Sobre / Legajo

B JUBILADOS DE LA E.P.E.C.

N.º Beneficiario

Ley Jubilatoria

DATOS SOCIOS PARTICIPANTES A CARGO DEL AFILIADO ACTIVO

Nombre y Apellido	Tipo y N.º Doc.	Fecha de Nac.	Parentesco con Socio Activo

DATOS SOCIOS ADHERENTES

A **PERSONA FÍSICA:** En Actividad Jubilado Pensionado

Empresa en la que desempeña/o	Cargo Actual
Categoría	Fecha de Ingreso
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teléfono / Interno	Jubilado – N.º de beneficiario

B **PERSONA JURÍDICA:**

Denominación de la Empresa o Entidad	CUIT N°		
Calle	Número	Piso/Depto.	C.P.
Barrio	Localidad	Provincia	
Teléfono	Dirección de e-mail		

Por medio de la presente autorizo a la Asociación Mutual del Personal Superior de EPEC a retener de mi sueldo o haber jubilatorio la cuota social o arancelaria y las demás obligaciones económicas que correspondan. Asimismo me notifico que de no cubrirse la totalidad de los descuentos y no cancelar el saldo pendiente se procederá a mi baja como asociado/a en un plazo de 90 días.

Firma Solicitante

Aclaración

Fecha

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

Solicitud Aprobada Solicitud Rechazada

N.º Acta de Reunión Fecha de Ingreso

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Firma del Secretario

Firma del Presidente