



SOLICITUD DE AFILIACIÓN GERDANNA SALUD

BUENOS AIRES, de de 20 .-

AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA MUTUALIDAD FONDO COMPENSADOR PERSONAL CIVIL DEL EJERCITO

S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de hacer saber que he tomado conocimiento de la incorporación a nuestra Mutualidad Fondo Compensador Personal Civil del Ejército, el nuevo Servicio de Salud para sus asociados a través de la empresa GERDANNA SALUD. Con tal motivo y atento el contenido de la nota recibida en tal sentido, doy a conocer mis datos personales.

Asimismo y, siendo que estoy de acuerdo con la prestación del servicio referido, detallo los datos de mi grupo familiar, prestando conformidad para que, se descuente de mis haberes la suma de \$ _____ mensuales por dicha atención.

Datos Personales:

Apellido:.....Nombres:.....

NOU:.....Doc. Tipo:..... Nro.:.....

Fecha de Nacimiento:.....Nacionalidad:.....

Estado Civil:.....

Domicilio Particular:

Calle:.....

Nro:.....Piso:.....Dto.:.....Localidad:.....

CP:.....Provincia:.....

Teléfono:

Código:.....Nro:.....Celular:.....

E-Mail:.....Unidad de Revista:.....

GRUPO FAMILIAR

Parentesco	Apellido	Nombre	Tipo Documento	Fecha Nacimiento
Cónyuge				
Hijo/a				
Fam/Cargo				

.....
Firma