



ASOCIADO Nro

MUTUALIDAD FONDO COMPENSADOR PERSONAL CIVIL DEL EJÉRCITO

Av. Julio A Roca 751/3 –C1067ABC C.A.B.A www.focomej.org.ar / fondocompensador@focomej.org.ar- 0810-333-0106

SOLICITUD DE INGRESO ASOCIADO ACTIVO ☐ **JUBILADO** ☐ **PENSIONADO** ☐

BUENOS AIRES, de de 20 .

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

S _____ / _____ D _____

Estando consustanciado/a con los principios mutualistas y como consecuencia de mi entrada en pasividad, me dirijo a usted con el fin de solicitar mi continuidad en calidad de **ASOCIADO ACTIVO JUBILADO / PENSIONADO** comprometiéndome al cumplimiento de mis obligaciones societarias para acceder a los beneficios que brinda la institución. Con tal motivo declaro mis datos personales y suscribo la presente en prueba de conformidad de lo que aquí se expresa.

Datos Personales: **Valor Cuota: 0,5% del haber jubilatorio.-**

Apellido:Nombres:

Documento: Tipo: Nro:..... Beneficio ANSES Nro.....

Fecha de Nacimiento:/...../..... Fecha de Jubilación / Pensión:/...../.....

Entidad Bancaria:..... Sucursal: Nro de Cuenta:.....

Nacionalidad: Estado Civil:

Domicilio Particular: Calle: Nro.: Piso: Dpto.:

Localidad: CP: Provincia:

Teléfono: Código área: Nro.: Celular: E-mail:

Autorizo expresamente a que se proceda a descontar de mis haberes jubilatorios / pensión mensual el importe de la cuota social que me corresponda mediante **CÓDIGO DE ANSES 324 – 888**.

PAGO ALTERNATIVO:

☐ TARJETA DE CREDITO:

VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ CABAL ☐ MASTERCARD ☐ MAESTRO ☐ NATIVA ☐ OTRAS ☐

Banco emisor:Número de Tarjeta de Crédito:.....
(15 o 16 dígitos, según tipo de tarjeta)

Nombre del Titular de la Tarjeta: Fecha de Vto: Cód Seguridad
(como figura en la tarjeta de crédito)

☐ CLAVE BANCARIA ÚNICA (C.B.U.) NRO:..... ALIAS:
(colocar los 22 dígitos)

☐ RAPIPAGO U OTRA FORMA DE PAGO:

Tomo conocimiento que el pago de la cuota social que me corresponda lo realizaré por algunos de los medios de pagos establecidos precedentemente, comprometiéndome a pagar la misma, en caso de no efectuarse el mismo, en la sede de la entidad sita en la calle Salta 120 C.A.B.A. Asimismo tomo conocimiento que cualquier variación del valor de la cuota será decidida por Asamblea General de Asociados y notificada con un mes de anticipación a través de la página web de la Mutualidad: www.focomej.org.ar.

Esperando su resolución favorable a lo peticionado, saludo a Ud muy atentamente.

.....

Firma

Gestionó: _____