

RNOS 4-0240-0

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

ALTA
 INCLUSIÓN
 UNIFICACIÓN APORTES
 CAMBIO DE PRESTADOR
 CAMBIO DE EMPRESA
 5.3
 5.9

EMPRESA EN LA QUE TRABAJA

Nº de Empresa en Osedeiv	Razón Social Empresa	Nº CUIT de la Empresa
Domicilio		Teléfono

SOLICITA INGRESO DESDE

Fecha	Prestador	Plan elegido	Importe
-------	-----------	--------------	---------

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellidos	Nombres		
Tipo y número de documento	Nº de CUIL		
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil	
Domicilio particular - Calle	Número	Piso	Depto. Código Postal
Localidad	Provincia		
Teléfono - Celular	E-mail		

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1	Categoría	Apellido y Nombres	Tipo y número de documento / CUIL
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
2	Categoría	Apellido y Nombres	Tipo y número de documento / CUIL
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
3	Categoría	Apellido y Nombres	Tipo y número de documento / CUIL
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
4	Categoría	Apellido y Nombres	Tipo y número de documento / CUIL
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
5	Categoría	Apellido y Nombres	Tipo y número de documento / CUIL
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil

Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.

Sello y Firma Representante de la Empresa

Firma del Titular

Lugar y Fecha