

# ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE BAXTER ACTUALIZACIÓN DE DATOS



Fecha de actualización:

## DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Número Empleado:		N° Identificación:		Estado Civil:	
Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Sexo:	Masculino	N° Hijos:	Nacionalidad:
			Femenino		
			Otro		
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Tipo de deducción:	( ) mensual ( ) semanal ( ) quincenal	Celular:		Teléfono Domicilio:	
Ocupación:				Departamento:	
Turno:			Correo Electrónico:		

La siguiente información se requiere para el beneficio del fondo de mutualidad:

	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PADRE			
MADRE			
CONYUGUE			

## Datos de los beneficiarios del ahorro del asociado

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Teléfono:	Porcentaje:
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Teléfono:	Porcentaje:
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Teléfono:	Porcentaje:
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Teléfono:	Porcentaje:

FIRMA N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

Afiliar a partir de la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de ASEBAXTER:	Fecha de ingreso a la asociación:		Firma:
----------------------------------	-----------------------------------	--	--------