

ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE BAXTER

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



Nuevo	<input type="checkbox"/>
Reafiliación	<input type="checkbox"/>

 Fecha de solicitud:

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	Teléfono Oficina:		Celular:	
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:

Solicito a la ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE BAXTER (ASEBAXTER) me acepte como miembro, por lo que prometo respetar y acatar sus Estatutos y Reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su órgano director. A la vez autorizo a Baxter Productos Médicos Ltda. para que me deduzca el porcentaje que corresponda para mis aportes.
 Doy fe que los datos suministrados son reales y autorizo a Asebaxter para que en caso de que se compruebe lo contrario se me sancione. Autorizo a Baxter Productos Médicos Ltda., para que facilite a Asebaxter la fotografía que me fue tomada para mi carné de identificación y autorizo a Asebaxter para que la utilice en mi expediente electrónico.

FIRMA N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: _____
 Afiliar a partir de la siguiente fecha: _____

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

Referido por: