

FORMATO SOLICITUD DE AFILIACION

FECHA SOLICITUD: DIA _____ MES _____ AÑO _____

NOMBRES COMPLETOS: _____

APELLIDOS: _____

CEDULA DE CIUDADANIA No: _____ DE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

ESTADO CIVIL: CASAD@ _____ SOLTER@ _____ UNION LIBRE _____

PROFESION U OFICIO: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA: _____

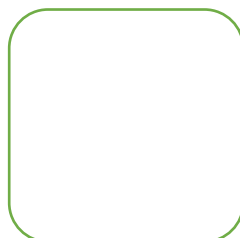
TELEFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

COMO SOCIO DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ FEDUPAZ, SOLICITO Y DECLARO QUE ME SOMETO A SUS ESTATUTOS, REGLAMENTOS Y DEMAS EXIGENCIAS DE LEY.

A SU VEZ AUTORIZO A QUE ME SEAN DESCONTADOS LOS VALORES DE AFILIACION Y APORTES MENSUALES, ACORDADOS SEGÚN REGLAMENTACIÓN ESTABLECIDO.

FIRMA DEL SOLICITANTE



HUELLA

Vo.Bo.