

NUMERO DE ASOCIADO



SOLICITUD DE INGRESO

Nro. SAP:

DATOS PERSONALES - ASOCIADO TITULAR

Apellido			
Nombre			
Fecha de Nacimiento			
Estado Civil			
Doc. Ident. Nro y Tipo			
Fecha de ingreso laboral			
E-mail			
DOMICILIO PARTICULAR			
Calle	Localidad	Código Postal	Tel.

ASOCIADOS PARTICIPANTES

DATOS PERSONALES – CÓNYUGE

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. Doc.	Fecha de Nacimiento

DATOS PERSONALES – HIJOS MENORES DE 21 AÑOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. Doc.	Fecha de Nacimiento

Completar sólo en caso de querer solicitar el acta efectivamente, consultar el costo.

DATOS PERSONALES – FAMILIARES (padre-madre-suegros)		
Apellido y Nombre	Tipo y Nro. Doc	Fecha de Nacimiento

ASOCIADOS ADHERENTES – HIJOS MAYORES DE 21 Años		
Apellido y Nombre	Tipo y Nro. Doc	Fecha de Nacimiento

DATOS DE BENEFICIARIO EN CASO DE DEFUNCION

BENEFICIARIO EN CASO DE DEFUNCION			
Apellido y Nombre	Tipo y Nro. Doc.	Fecha de Nacimiento	Parentezco

Declaro conocer los estatutos sociales de la Asociación Mutual del Personal de Halliburton, prestando aceptación a los mismos a partir de la fecha de mi incorporación como socio.

Fecha de aceptación como socio ___ / ___ / ____.

Firma por Consejo Directivo

Firma Socio

- ✓ Comunicar cambio de domicilio dentro de los 30 días de producido.



ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL DE HALLIBURTON

CUOTA SOCIAL

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Buenos Aires,.....de.....de 2020

En concepto de Cuota Social para ser depositada a la orden de la ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL DE HALLIBURTON, el que suscribe, autoriza de descontar de sus haberes el monto que corresponda a partir del mes de de 2020 inclusive y hasta tanto solicite la baja como asociado de forma fehaciente.

.....
Firma

Documento Tipo: Nro.

Notas:

1. *Cualquier modificación o incremento al concepto indicado será comunicado, fehacientemente, por esta Asociación Mutual*
2. *El asociado se compromete a continuar abonando su cuota social (Art. 8vo. Estatuto Social) en tanto y en cuanto mantenga deudas con prestadores de la Mutual.*