

## FORMULARIO DE ADHESIÓN VOLUNTARIA AL

### FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES

Completar la siguiente información:

#### SOLICITANTE

Afiliado N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

N° de documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

1- Parentesco: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

N° de documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2- Parentesco: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

N° de documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

-----  
Lugar y fecha

-----  
Firma y Aclaración