

FORMULARIO DE ADHESIÓN VOLUNTARIA AL

FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES
Hijos desde los 25 a los 35 años

_____ de _____ de 20__

Completar la siguiente información:

SOLICITANTE

Afiliado N° _____/____

Apellido y nombre: _____

N° de documento: _____ Teléfono: _____

Email: _____

DATOS DEL ADHERENTE

1- Hija/o: _____

Apellido: _____

Nombres: _____

N° de documento: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio: _____

Cód. Postal _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

2- Hija/o: _____

Apellido: _____

Nombres: _____

N° de documento: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio: _____

Cód. Postal _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma y Aclaración del afiliado

*Recuerde que se abonará una cuota adicional por cada hija/o adherente sin carga familiar.