

SECCIONAL: _____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido _____

Nombres _____

CUIL _____

Fecha de Nacimiento _____

DATOS LABORALES

Legajo _____ / _____

Fecha de ingreso al Organismo _____

Departamento/División/Agencia/Distrito _____

Domicilio laboral _____

Ciudad _____

Provincia _____

Correo laboral _____

DATOS PERSONALES

Domicilio Particular _____

C.P. _____

Celular _____

Correo Particular _____

Ciudad _____

Provincia _____

Grupo Familiar

Apellido y Nombre	DNI	Vínculo

Autorizo expresamente a AEFIP a realizar la retención de la cuota de afiliación sindical sobre mis haberes, de acuerdo a lo establecido estatutariamente, tal cual declaro conocer y aceptar

FIRMA DE AFILIADO-----
ACLARACIÓN/DNI-----
FECHAContacto: administrativa@aevip.org.ar

Se deja constancia, que el compañero/a:

CUIL _____

Legajo _____ / _____

Se encuentra afiliado a esta Asociación a partir del día/...../.....

.....
FIRMA Y SELLO
SECRETARIA/SECRETARIO