



"Donde haya un médico trabajando, estará nuestro sindicato"

Personería Gremial N° 1585

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SINDICATO MÉDICO

AFILIADO N°.....

(Ley 23551)

**ATENCIÓN: COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA -LEGIBLE- TODOS LOS ESPACIOS, SIN DEJAR BLANCOS**

DATOS PERSONALES			
Apellido y Nombres.....		MN.....	MP.....
Tipo y N° de Documento.....		N° CUIL.....	
Nacionalidad.....	Fecha de Nacimiento...../...../.....	Lugar de Nacimiento.....	
Domicilio Particular.....		Piso.....	Dpto..... Localidad..... C.P.....
Partido o Departamento.....		Provincia.....	Tel..... Cel.....
Estado civil.....		E-mail.....	
Graduado en la Universidad de.....		Provincia.....	
Fecha de Graduación...../...../.....		Especialidad.....	
DATOS DE LA FAMILIA			
Cónyuge o Pareja	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento...../...../.....	DNI.....
Hijo/a	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento...../...../.....	DNI.....
Hijo/a	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento...../...../.....	DNI.....
INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS			
<b>Municipal:</b> (nombre completo del establecimiento).....			
Domicilio: .....		Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....	
Partido o Depto.: .....		Pcia. ....	C.P.: ..... Tel: (.....)
Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)		N° de LEGAJO: .....	
<b>Provincial:</b> (nombre completo del establecimiento).....			
Domicilio: .....		Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....	
Partido o Depto.: .....		Pcia.: .....	C.P.: ..... Tel: (.....)
Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)		N° de LEGAJO: .....	
<b>Nacional:</b> (nombre completo del establecimiento).....			
Domicilio: .....		Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....	
Partido o Depto.: .....		Pcia.: .....	C.P.: ..... Tel: (.....)
Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)		N° de LEGAJO: .....	
<b>Privado:</b> (nombre completo del establecimiento).....			
Domicilio: .....		Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....	
Partido o Depto.: .....		Pcia.: .....	C.P.: ..... Tel: (.....)
Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)		N° de LEGAJO: .....	

El solicitante aclara conocer el Estatuto de la Entidad comprometiéndose a respetar y hacer respetar el mismo, así como las disposiciones y/o resoluciones dictadas por los órganos de la Asociación y autoriza que se efectúe el descuento de la cuota sindical correspondiente.

..... de ..... de.....

Firma, Aclaración y SELLO

C.A.B.A., ..... de..... de.....

Señores  
Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente AUTORIZO Y PRESTO CONFORMIDAD, a que, a partir de la fecha, sea descontado de mis haberes mensuales, el 2% (dos por ciento), en concepto de cuota sindical con destino a la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), con Personería Gremial N° 1.585 con domicilio en Chacabuco 361 5º "F" C.A.B.A., en razón de encontrarme afiliado a la misma.  
Sin otro particular, saludo atentamente.

Firma del agente:

Apellido y Nombre:

Legajo N°

D.M.i

ESPECIFICAR CON UN "\*" DE QUÉ LUGAR DE TRABAJO DESEA SE LE REALICE EL DESCUENTO DE LA CUOTA SINDICAL



# Mutual de Afiliados a la Asociación Médicos de La República Argentina

Matrícula Mutual 2910 CF

Resolución Nº 3126

## SOLICITUD DE INGRESO A LA MUTUAL DE AFILIADOS A LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA COMO ASOCIADO/A:

ACTIVO

ADEHERENTE

ASOCIADO Nº.....

(Ley 20.321)

SEÑOR PRESIDENTE DE LA MUTUAL DE AFILIADOS A LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme al Señor Presidente a los efectos de solicitarle mi incorporación como Asociado de esa Institución, de acuerdo a lo determinado en el ESTATUTO SOCIAL Y REGLAMENTOS VIGENTES, que declaro conocer y acepto en todas sus cláusulas.

**ATENCIÓN: COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA -LEGIBLE- TODOS LOS ESPACIOS, SIN DEJAR BLANCOS**

### DATOS PERSONALES

Fecha de Ingreso...../...../.....

Apellido y Nombres:.....

Tipo y Nº de Documento:..... Nº CUIL/CUIT:.....

Nacionalidad:..... Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar de Nacimiento:.....

Domicilio:..... Piso..... Dpto..... Provincia:.....

Localidad..... C.P:.....

Partido o Departamento:..... Tel:..... Cel:.....

Estado civil..... E-mail.....

Profesión ó Empleo:..... Lugar de Trabajo.....

Tarjeta.....

Titular de la Tarjeta:..... DNI:.....

Tarjeta de Crédito:..... Nº de tarjeta.....

El solicitante aclara conocer el Estatuto de la Entidad comprometiéndose a respetar y hacer respetar el mismo, así como las disposiciones y/o resoluciones dictadas por los órganos de la Asociación.

..... de ..... de .....

Firma, Aclaración y D.N.I

## Designación de Beneficiario / Cambio de Beneficiario

Apellido/s y Nombre

Poliza N°

Documento L.E/D.N.I./L.C. N°

En caso de Fallecimiento, el Capital Asegurado se abonará al /a los siguiente /s beneficiario/s.

### Beneficiario/s

Nombre / s y Apellido / s completo	Fecha de Nacimiento	Documento DNI/LE/LC N°	Parentesco	%

Indicar Causa que origina el cambio de beneficiario/s

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

Firma y Aclaración

### IMPORTANTE

#### CAMBIO DE BENEFICIARIO

Quienes deseen modificar los beneficiarios ya instituidos, deben tener en cuenta que este formulario reemplaza lo consignado con anterioridad. Es decir que si desean mantener algún beneficiario designado anteriormente, deben indicarlo nuevamente.

#### BENEFICIARIOS SUSTITUTOS

Quienes deseen designar beneficiarios sustitutos deberán escribir entre los beneficiarios la siguiente leyenda: " En caso de fallecimiento del beneficiario que antecede abonar el capital asegurado al siguiente beneficiario".

#### DATOS DEL SOLICITANTE

El formulario no podrá presentar omisiones, enmiendas o raspaduras.

Si el asegurado estuviera incorporado en dos o más seguros colectivos, deberá diligenciar un formulario para cada una de las pólizas tomadas, en las cuales quiera cambiar beneficiarios.

Designadas varias personas sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

**DATOS PERSONALES DE FAMILIARES A SU CARGO**

GRADO DE PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	Sexo	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO Nº

Chacabuco 361 5º F. C1069AAR. C.A.B.A. Buenos Aires. Tel (011) 4331-5027  
Web: [mutual.sindicatomedico.org.ar](http://mutual.sindicatomedico.org.ar) · E-mail: [mutual@sindicatomedico.org.ar](mailto:mutual@sindicatomedico.org.ar)