



"Donde haya un médico trabajando, estará el sindicato"

Personería gremial N° 1585

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SINDICATO MÉDICO

AFILIADO N°

Ley 23.551

Apellido y nombres		Matrícula	
Nacionalidad	Fecha de nacimiento / /		
Domicilio particular	Localidad	C.P.	
Partido o Dpto.	Pcia.	Tel. (.....)	
Tipo y N° de Documento		N° de CUIL	
E-mail			
Graduado en la universidad de			
Fecha / /	Especialidad		
INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS			
Municipal - Provincial - Nacional			
Establecimiento		Fecha de ingreso / /	
Partido o Dpto.	Pcia.	C.P.	Tel. (.....)
Relación de dependencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° de legajo
Municipal - Provincial - Nacional			
Establecimiento		Fecha de ingreso / /	
Partido o Dpto.	Pcia.	C.P.	Tel. (.....)
Relación de dependencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° de legajo
Privado			
Establecimiento		Fecha de ingreso / /	
Partido o Dpto.	Pcia.	C.P.	Tel. (.....)
Relación de dependencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	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. Asimismo cumple en acompañar fotocopia del recibo de sueldo.

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° 1585 con domicilio en la calle Laprida 173 de Avellaneda, en razón de encontrarme afiliado a la misma.

Firma del Agente:

Legajo N°:

DNI:

..... de de

Certifico que la fitma que antecede pertenece a:

Firma y sello del responsable de la repartición: