

# BOLETA DE AFILIACIÓN



## Asociación Solidarista de Empleados de Pfizer y Afines

Asociado N°: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a laborar: \_\_\_\_\_  
Nuevo Ingreso: \_\_\_\_\_ Reingreso: \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_  
Email Pfizer: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_  
Email Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_  
Hijos: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cantidad de Hijos: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Dirección Señas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Consciente de los principios de Justicia y Solidaridad Humana, que integran las bases y objetivos de una asociación solidarista, expreso mi libre afiliación a la Asociación Solidarista de Empleados de Pfizer y Afines y autorizo por este medio que deduzcan de mi salario mensual el porcentaje aprobado en los estatutos de dicha asociación del 5.33%. Así mismo con la firma de la presente boleta de afiliación acepto explícitamente los lineamientos establecidos por los estatutos vigentes, los reglamentos, políticas y leyes que afectan de forma directa o indirecta mi estado de asociado.*

### Desigo como beneficiario(s) de mis ahorros en caso de fallecimiento a:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Porcentaje: \_\_\_\_\_%
2. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Porcentaje: \_\_\_\_\_%

**\*En caso de nombrar menores de edad como beneficiarios es necesario la designación de un albacea mayor de edad, para lo cual será necesario aportar junto con la solicitud copia de su cédula de identidad\***

Datos del Albacea: (en caso de ser necesario)

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Favor adjuntar una copia de su cédula por ambos lados\***

Aprobado según Acta N° \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Firma Administrador: \_\_\_\_\_