

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: _____