



Asociación Solidarista de Empleados del Ministerio de Agricultura y Ganadería
(ASEMAG)

Tel 4080-7000 Fax 2291-8678

SOLICITUD DE AFILIACION

Fecha _____

Yo, _____ Cédula _____

prometo respetar y acatar los estatutos y reglamentos de ASEMAG, así como las disposiciones que emanen de su organismo director. A la vez autorizo a la oficina que corresponde para que a partir del mes de _____ se me deduzca el 5% de mi salario como cuota de ahorro y el 0.5% como contribución al fondo de socorros mutuos. Acepto que, en caso de permanecer afiliado menos de un año, se me deduzca de los ahorros los gastos en que se haya incurrido por mi permanencia en la Asociación.

Fecha de nacimiento: _____

INSTITUCIÓN: _____

Departamento o dependencia: _____

Teléfono oficina _____ Teléfono habitación _____ Celular _____

Fax _____ Correo electrónico _____

Dirección (casa de habitación) _____

Pagado por: Presupuesto ordinario _____ Cuenta especial _____
(Especifique)

Cuenta cliente para eventuales depósitos: _____
(17 dígitos)

Nombre en calidad de beneficiarios: (deben ser mayores de edad)

Nombre	Cedula	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del solicitante

Junta Directiva

INDISPENSABLE PRESENTAR FOTOCOPIA DE CEDULA POR AMBOS LADOS Y CONSTANCIA DE SALARIO

Para uso exclusivo de la ASEMAG

Primero ingreso ()

Reingreso () Estado de deudas con la Asociación _____

Firma funcionario que revisa _____