

**CAJA DE PREVISION PARA PROFESIONALES DE LA INGENIERIA
DE LA PROVINCIA DEL CHACO**

FICHA DE AFILIACION AL FONDO SOLIDARIO PARA TRASPLANTES DE ORGANOS

Afiliado N°.....

Apellido y Nombres.....
D.N.I./L.E./L.C. N° Fecha de Nac. Estado Civil
Domicilio Código Postal
Localidad Provincia Tel.
Profesión Matrícula N° Fecha

FAMILIARES ADHERIDOS

Apellido y Nombres	Parentesco	D.N.I.	a/Cargo SI-NO	Discap. SI-NO
--------------------	------------	--------	---------------	---------------

Declaro además que los datos consignados precedentemente son ciertos y que conozco los términos y condiciones que rige este plan asistencial.-

Resistencia,

Firma del Titular

La no presentación de esta ficha me excluye de los beneficios que otorga el Fondo Solidario para Trasplantes
CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA.-

.....
Sello y Firma

RECIBIMOS FICHA

.....
p/Caja de Ingeniería