

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

FICHA DE AFILIACION A FEDERACIÓN DE SALUD

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 Federación de Salud.
CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA.-

Recibimos Ficha p/Caja de Ingeniería
------------------------	--------------------------------------