



F1 - FORMULARIO DE AFILIACIÓN
SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Nombre y apellido:

CUIL:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

N° de Afiliado a la Caja:

DATOS DE CONTACTO

Calle:

N°:

Piso:

Depto:

Provincia:

Localidad:

CP:

Celular:

Teléfono alternativo:

Correo electrónico:

PERSONAS A CARGO

Apellido y nombre

Parentesco

CUIL

Nacimiento

Manifiesto en carácter de Declaración Jurada que la información consignada ha sido completada sin omitir ni falsear dato alguno, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 192 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Firma y aclaración del socio titular
