

DATOS DE LA EMPRESA:

Razón Social:

N° de C.U.I.T.

Remuneración: \$

Fecha de Ingreso:

/ /

Cargo:

Nombre del encargado de personal:

DOMICILIO:

N°:

Piso:

Of.:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono / Fax:

e-mail:

DOMICILIO POSTAL:

N°:

Piso:

Of.:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono / Fax:

e-mail:

Habiendo tomado conocimiento de los beneficios y obligaciones que me corresponden según decida inscribirme respectivamente en los planes que tiene en vigor esa Obra Social, infórmeles que he puesto tales hechos en conocimiento de la firma en la que me desempeño en relación de dependencia, a los efectos de que por mi inclusión en el plan de mi elección se alcance a completar, dentro del pago mensual que efectúa a esa Obra Social, la cantidad requerida para tener derecho a tales beneficios.

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS**SELLO****FIRMA y ACLARACIÓN****DATOS DE LA OBRA SOCIAL O COBERTURA MEDICA A LA QUE PERTENECIA**

Nombre:

Fecha de Ingreso:

/ /

Fecha de Egreso:

/ /

N° Socio:

Nombre del Socio que lo presenta:

En el caso de interrumpir, por cualquier motivo, mi condición de beneficiario, me comprometo expresamente a cesar automáticamente en el uso de las prestaciones sociales y a reintegrar de inmediato todas las credenciales que acrediten el carácter de beneficiario o permiten el uso de los servicios contratados por la Institución.

Para el caso de cualquier cuestión que se suscitare me someto expresamente a la competencia de la Justicia Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal, y constituyo domicilio a tal efecto en: _____ de la Capital Federal.

FIRMA**NOTA: A esta solicitud se le deberá adjuntar:**

a) Fotocopia del certificado o de la libreta de casamiento.

b) Fotocopias de las partidas de nacimiento de los hijos.

TODAS LAS FOTOCOPIAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL TITULAR.