

FICHA DE AFILIACION



Quien suscribe ..... beneficiario de: JUBILACION Ordinaria - JUBILACIÓN Extraordinaria - Pensión - Subsidio Complementario (testar lo que no corresponde), de MATRICULA PROFESIONAL N° ..... DISTRITO ..... con domicilio en la calle ..... N° ..... Piso ..... Dpto. .... de la localidad de ..... Partido ..... Pcia. .... autoriza a la CAJA de PREVISIÓN y SEGURO MEDICO de la Pcia. de BUENOS AIRES, descuento de su haber de BENEFICIO PREVISIONAL, en concepto de CUOTA SOCIETARIA a favor de la ASOCIACIÓN de MEDICOS JUBILADOS (A.ME.JU.), La suma de \$ ..... para los JUBILADOS, y \$ ..... para las PENSIONADAS.

Lugar y Fecha

Firma

FICHA DE AFILIACION



APELLIDOS ..... NOMBRE/S ..... L.E. - L.C. - C.I. - D.N.I. N° (testar lo que no corresponde): ..... DOMICILIO ACTUAL: Calle ..... N° ..... Piso: ..... Dpto. .... Localidad: ..... Partido ..... Prov. .... Cod. Postal ..... Teléfono ..... BENEFICIARIO DE JUBILACIÓN ORDINARIA - JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA - PENSIÓN - SUBSIDIO COMPLEMENTARIO (testar lo que no corresponde), MATRICULA PROFESIONAL PROVINCIAL ..... DISTRITO ....., Dónde y cómo recibe el BENEFICIO PREVISIONAL ..... Fecha de Nacimiento del Beneficiario: .....

Lugar y Fecha

Firma

FICHA DE AFILIACION



APELLIDOS ..... NOMBRE/S ..... L.E. - L.C. - C.I. - D.N.I. N° (testar lo que no corresponde): ..... DOMICILIO ACTUAL: Calle ..... N° ..... Piso: ..... Dpto. .... Localidad: ..... Partido ..... Prov. .... Cod. Postal ..... Teléfono ..... CAUSAHABIENTES: FAMILIARES A CARGO: Matrícula Profesional Provincial: ..... Socio A.ME.JU. N° ..... Fecha de Nacimiento del Beneficiario: ..... Autorizo a que A.ME.JU. me considere Miembro de la Filial de Médicos Jubilados y Pensionados de ..... Beneficio: Jub. Ordin.- Jub. Extraordin. - Pensión - Subsidio Comple. (Testar lo que no corresponda) Dirección de mail .....

Lugar y Fecha

Firma