

UNDECA



AFILIACION LUCHANDO POR USTED



Nombre completo: _____

Cédula: _____ Institución: CCSS M. Salud

Centro de Trabajo: _____

Servicio: _____ Puesto que ocupa: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono: _____

Ingreso a la Institución (año): _____ Interino Plaza Fija:

Correo Electrónico _____

Autorizo a UNDECA para que se me deduzca de mi salario mensualmente la cuota por afiliación (1.25%) como afiliado (a) a esta organización.

Lugar y fecha

Firma

UNDECA

BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombre: _____

Cédula: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

FIRMA DEL AFILIADO

