

**CAJA DE PREVISION SOCIAL PARA AGRIMENSORES, ARQUITECTOS, INGENIEROS
Y PROFESIONALES AFINES DE SALTA - LEY 6574 -**

Entre Rios N° 462 - 4400 Salta - Tel.Fax (0387)4213898 - E-mail: administracion@cajapreving.org.ar

SOLICITUD DE ADHESION AL FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTE DE SALUD

SALTA, _____

AFILIADO ID N°

Apellido y Nombre: _____

DNI/LE/LC/CI: _____ Fecha Nac: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____ Tel: _____

Profesión: _____ Fecha Titulo _____ Mat.N° _____ Fecha _____

Obra Social: Sí No Nombre: _____

FAMILIARES ADHERIDOS

Apellido y Nombre	Parentesco	Fec.Nac	D.N.I	A Cargo Si/No	Discapacit. Si/No

Nota: La cuota sera a cargo del afiliado solicitante y la misma sera variable, siendo La Caja quien informara al momento del pago, el valor de la misma

Firma del Titular

Adjuntar: Fotocopia Libreta de Matrimonio (Hojas donde figura matrimonio y nacimiento hijos) o Acta de Matrimonio

Fotocopia DNI cónyuge

Fotocopia DNI Hijos

Fotocopia Partida de Nacimiento Hijos

Certifico que la firma que antecede es auténtica.

Sello

Firma