



ASOCIACION DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO

LAPRIDA 1063/69 - TEL. 4495597/4400220 - S2000CFK ROSARIO

### SOLICITUD DE AFILIACION

Rosario, ..... de ..... de 20 .....

Señor Secretario General:

Tengo el agrado de solicitar a Ud. y por su intermedio a esa Comisión Directiva se me acepte como afiliado de la Entidad de acuerdo al Estatuto que rige a la misma, cuyas disposiciones conozco y me comprometo a su total acatamiento.

#### DATOS PERSONALES

Apellido..... Nombres.....  
Fecha de Nacimiento: Día ..... Mes ..... Año ..... Nacionalidad.....  
Domicilio Particular ..... Ciudad..... Cód. Postal.....  
Tel. Fijo..... Celular..... E-mail.....  
Documento de Identidad: Tipo ..... Nº..... Nº C.U.I.L.....  
Matrícula Profesional Nº ..... Egresado de APM en el año.....  
Nombre del Instituto.....  
Estudios cursados.....  
Laboratorio donde trabaja actualmente..... Fecha de ingreso.....  
Dirección: Rosario..... T.E.....  
Bs. As. .... T.E.....  
Estado Civil..... Nombre y apellido cónyuge.....  
Documento de Identidad: Tipo..... Nº..... Fecha de Nacimiento.....  
Hijos: Nombres..... Fecha de nac..... DNI.....  
Nombres..... Fecha de nac..... DNI.....  
Nombres..... Fecha de nac..... DNI.....  
Nombres..... Fecha de nac..... DNI.....

Saludo a Ud. muy atentamente.

.....  
Firma

---

Aprobado por Comisión Directiva Acta Nº ..... Fecha de sesión.....

Notificado de la aceptación con carta fecha..... Nº de afiliado asignado.....

.....  
Por COMISION DIRECTIVA

Rosario, .....de.....

Señores:

PRESENTE

El que suscribe ..... L.E./L.C./D.N.I. ....

Agente de Propaganda Médica de este Laboratorio manifiesta que **SI es AFILIADO** a la Asociación de Agentes de Propaganda Médica de Rosario, con el N°..... y autoriza a Uds. a practicarle el descuento legal del 2% para la cuota sindical.

.....  
Firma

Rosario, .....de.....

Señores:

PRESENTE

El que suscribe ..... L.E./L.C./D.N.I. ....

Agente de Propaganda Médica de este Laboratorio manifiesta que **SI es AFILIADO** a la Asociación de Agentes de Propaganda Médica de Rosario, con el N°..... y autoriza a Uds. a practicarle el descuento legal del 2% para la cuota sindical.

.....  
Firma

Rosario, .....de.....

Señores:

PRESENTE

El que suscribe ..... L.E./L.C./D.N.I. ....

Agente de Propaganda Médica de este Laboratorio manifiesta que **SI es AFILIADO** a la Asociación de Agentes de Propaganda Médica de Rosario, con el N°..... y autoriza a Uds. a practicarle el descuento legal del 2% para la cuota sindical.

.....  
Firma