

Solicitud de Afiliación - Adherente

San Juan,de.....de 20.....

Al Consejo Directivo de D.A.M.S.U. SAN JUAN

De acuerdo a las disposiciones reglamentarias en vigencia, solicito a Ud. la afiliación a esa Dirección General de Asistencia Médica Social Universitaria, D.A.M.S.U. SAN JUAN, en carácter de Afiliado Adherente Extrauniversitario comprometiendome a abonar las cuotas afiliatorias aceptando conocer el Reglamento pertinente.

Titular

Apellido y Nombre completo:

Fecha de nac.:...../...../..... Documento de identidad:.....

Estado civil:..... Domicilio:

..... Localidad:..... CP.....

Actividad u ocupación: E-mail:

Obra Social anterior: Antigüedad en la misma:

Grupo familiar

Parentesco:	Nombre completo:	Fecha Nac:	DNI:
-------------	------------------	------------	------

1. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

2. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

3. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

4. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

5. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

6. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

7. _____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

firma del titular

Resolución Administrativa

VISTA: la solicitud precedente y la documentación presentada a sus efectos, SI/NO acuérdesse la Afiliación del solicitantey de

Autorizado s/Resolución Cons. Directivo Acta N°

San Juan,de.....de 20.....

firma Dirección Administrativa