



DAMSU
SAN JUAN

Dirección de Asistencia
Médica Social Universitaria

**FICHA AFILIATORIA
ADHERENTE VOLUNTARIO/A**

afiliado	ag. de cta.

San Juan, de de 20.....

De acuerdo a las disposiciones reglamentarias en vigencia, solicito la afiliación a D.A.M.S.U. SAN JUAN, en carácter de Afiliado/a ADHERENTE VOLUNTARIO/A, comprometiéndome a abonar las cuotas afiliatorias aceptando conocer el Reglamento pertinente.

Datos del/de la titular

Apellido y nombre completo:
 DNI: Fecha de nac.: Estado civil:
 Domicilio: calle: n°: orientación: piso: manzana:
 localidad: departamento:
 celular: e-mail:
 Obra social anterior: antigüedad en la misma:

Datos del Grupo familiar

Parentesco:	Nombre completo:	Fecha Nac:	DNI:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

El aporte al Fondo Especial Solidario (FES) será obligatorio para cualquiera de las distintas categorías adherentes.
 Para más información ingresá en www.damsusanjuan.com.ar

 firma del /de la solicitante

Afiliaciones

- Continuidad
- Incorporación
s/ Res. N° 11/13

Observaciones:

 firma y DNI del /de la agente

Dirección Médica

- C/Patología
- S/Patología

 fecha y firma de Dir. Médica

Dirección Administrativa

Vista la solicitud precedente y la documentación presentada, se acepta la afiliación.

 fecha y firma de Dir. Administrativa

Notificación

Fecha: _____

 firma y aclaración