

Apellido y Nombre

Fecha de Nacimiento D.N.I. / L.E. / L.C.

Nacionalidad Género Estado Civil

Teléfono Correo electrónico

Domicilio Particular C.P.

Provincia Localidad

Ministerio o Secretaría Estado: Nación Ciudad Bs. As.

Repartición

Profesión C.U.I.L.

Legajo N° Jubilado N°

Grupo familiar a cargo | Declaración Jurada

Parentesco	Género	Fecha Nac.	D.N.I. / L.C / L.E	Apellido y Nombres
Cónyugue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Para ser completada por el Delegado/a:

Certifico haber afiliado al compañero/a detallado/a en la presente, quien aceptó la afiliación y el descuento en concepto de cuota sindical de acuerdo a nuestro estatuto.

Firma _____ **Aclaración** _____

DNI/LC/LE _____ **Fecha** _____

Servicio de Sepelio

Adhiero al Servicio de Sepelio SI NO

En caso afirmativo, completar el siguiente formulario

Parentesco	Género	Fecha Nac.	D.N.I / L.C / L.E	Apellido y Nombres
Cónyugue				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Para uso exclusivo del Consejo

Seccional	Nacional/Provincia	Repartición	Sector	Fecha de Ingreso

FICHA DE DESCUENTO PARA MONOTRIBUTISTAS

Banco _____	Sistema de debitos relacionados con acreditación de haberes Carta de Autorización	
Casa	Cód. Casa	Asociación
CUENTA CORRIENTE / CAJA DE AHORROS	Número de Cliente/Socio para la empresa	
N° de Cuenta _____	_____	
N° de CBU	_____	

En mi caracter de titular de la cuenta citada, solicito al Banco que considere la posibilidad de mi adhesión al sistema del título, para aplicar al pago del importe informado por la Asociación arriba mencionada, correspondiente a todos los gastos y consumos que realice a través de la misma. Asimismo me notifico que, en caso de acceder el Banco a la presente solicitud, el sistema se regirá por las siguientes condiciones que se describen a continuación, que declaro conocer:

- a).** Los importes son enviados mensualmente por la Asociación serán debitados de mi cuenta al momento de registrarse la acreditación de mis haberes y/o en forma inmediata cuando se corrobore la existencia de saldo de conformidad a la información que bajo su exclusiva responsabilidad la Asociación brinde al Banco, en los términos del convenio oportunamente celebrado entre ambas entidades.
- b).** Autorizo al Banco..... para que brinde a la Asociación la información correspondiente a los datos identificatorios de la cuenta a través de la cual se llevará a cabo la operatoria que solicito, eximiéndolo de toda responsabilidad al respecto.
- c).** En caso de que el servicio no se halle a mi nombre, debo acompañar a la presente una autorización del titular de la misma facultandose a pagar dicha deuda.
- d).** El Banco podrá procesar las modificaciones de oficio del número de clientes generados por la Asociación, a efectos de continuar vinculando al débito, sin otra autorización más que la presente.
- e).** A partir de la firma de la presente tomo conocimiento que las cuotas serán debitadas de mi cuenta, considerando para ello la fecha en que la Asociación haga entrega de esta carta de autorización al Banco, considerando para ello: 1. Si fuera presentado con posterioridad al día 15, los débitos comenzarán a efectuarse con el depósito del sueldo del mes en curso y/o el saldo a partir de la fecha de presentación. 2. Si fuera presentado con posterioridad al día 15, los débitos comenzarán a efectuarse con el depósito de los haberes del mes siguiente o sobre el saldo a partir de la fecha de presentación. 3. Será de mi exclusivo cargo y responsabilidad efectuar todos los reclamos y/o aclaraciones que pudieran suscitarse con la Asociación por los débitos realizados en mi cuenta. El Banco podrá dejar de prestar este servicio por las siguientes razones: 1. Falta de fondos suficientes al momento de corresponder un débito. 2. Cierre de la cuenta bancaria debido a cualquiera de las causas previstas en las normas en vigencia. 3. Por voluntad del suscripto. 4. Por causas a criterio del Banco. 5. Por decisión de la Asociación.

En mi caracter de titular de la cuenta arriba aludida, solicito al Banco a debitar el importe informado por la Asociación correspondiente al 2,2% de todos los depósitos realizados por el CUIT N° y por todos los gastos y consumos que haya realizados a través de la misma, careciendo de derecho a reclamo alguno al Banco sobre los débitos citados.

En prueba de conformidad, y declarando conocer y aceptar los términos del presente convenio, firmo este ejemplar en a los del mes de.....

Firma del titular

Aclaración del titular

Tipo y N° de documento



**CAPITAL
FEDERAL**

