

DATOS DEL AFILIADO

Legajo [] / []

Apellido []

Nombres []

Domicilio Particular []

Localidad [] CP []

Partido []

Lugar de Trabajo []

Domicilio Laboral []

Partido [] Localidad []

Teléfono Laboral [] Celular []

Correo Electrónico []

GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Apellido y Nombre	DNI	Vinculo	Fecha de Nacimiento

ADHERENTES

Apellido y Nombre	DNI	Vinculo	Fecha de Nacimiento

Por la presente me adhiero al seguro de sepelio de la AEFIP CAPITAL, y doy fe que los datos presentados son correctos.

Contactos: asuntossociales@aefipcapital.org.ar

Firma y Sello de AEFIP

Firma del Afiliado

Aclaración

DNI