

## DELEGACIÓN

Ubicación:

Sr. Presidente:

Solicito la adhesión a los siguientes Servicios que brinda la ASOCIACION MUTUAL DE PROTECCION FAMILIAR:

## PLAN BASE

### DATOS DEL BENEFICIARIO:

CATEGORÍA DE SOCIO:	Nº DE CUIL:
APELLIDO Y NOMBRES:	FECHA NACIMIENTO:
DOCUMENTO:	BARRIO:
DOMICILIO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	TELÉFONO:
COD POSTAL:	
PAIS:	

Tomo conocimiento que para obtener la prestación del servicio de salud contratado debo encontrarme con el pago de las cuotas al día y que producida la mora en el pago del servicio por el término de tres (3) meses, generará la baja automática del mismo sin previo aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_  
Firma

040102725913709300000920230502

