

## SOLICITUD DE INGRESO

día mes año

Delegación:

Anexo:

Ubicación:	Alta	Modif	Baja
	_____	_____	_____

### DATOS PERSONALES

C.U.I.L.	Apellido y Nombres	Documento	Sexo	Estado Civil
Fec. Nacimiento	Nacionalidad	Teléfonos		

### DATOS DOMICILIO

Domicilio	PARTICULAR	C.P.	Localidad	Provincia	País

### Datos personales del Socio Titular

C.U.I.L.	Apellido y Nombre	Documento	Categoría
----------	-------------------	-----------	-----------

### Asociaciones

Mutual	AMPF	Delegación	Categoría	Motivo
Período				
-				
-				
-				

### Beneficiario del Subsidio por Fallecimiento del Socio

Fecha	Barra	Apellido y Nombres	Porcentaje
-------	-------	--------------------	------------

### Padrino Solidario

Apellido y Nombres	C.U.I.L.
--------------------	----------

### Entidad de Cobranza

Legajo	Entidad	Fecha Alta	Fecha Baja	Motivo
--------	---------	------------	------------	--------

Manifiesto el deseo de inscribirme como asociado declarando conocer el Estatuto y las disposiciones vigentes de los Reglamentos Internos. Autorizo por la presente a la Mutual a gestionar el descuento en mis haberes del importe correspondiente a la cuota societaria y servicios solicitados.

TOMO CONOCIMIENTO que el alta a los servicios será a partir del 1º del mes siguiente de la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



030102723526606220221004



Asociación Mutual<sup>®</sup>  
de Protección Familiar

Matrícula INAES N° 1856 C.F.  
Registro Superintendencia de Salud: 312398

**DECLARACION JURADA SOBRE LA CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE  
-LEY 25.246 - UNIDAD DE INFORMACION FINANCIERA.-**

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ quién suscribe \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI / NO** se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera.-

En caso afirmativo indicar: Cargo/Función/Jerarquía con la Persona Expuesta Políticamente.

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

Asimismo, declaro que voy a cumplir con las normas sobre Prevención en Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo regidas por la Ley N°: 25.246 y normas reglamentarias de la Unidad de Información Financiera.

Tipo y Número de Documento: DNI \_\_\_\_\_

País y Autoridad de Emisión: \_\_\_\_\_

Carácter invocado: \_\_\_\_\_

**Denominación de la Persona Jurídica: ASOCIACIÓN MUTUAL DE PROTECCIÓN FAMILIAR**

**CUIT/CUIL/CDI 30-67856284-6**

FIRMA

SEDE CENTRAL  
Tte. Gral. Perón 1379/83 - C1038ABA  
CABA - Tel.: +54 11 4124 9910

DELEGACIONES  
EN TODO EL PAÍS

0810.333.0011  
www.ampf.org.ar

Manifiesto el deseo de inscribirme como asociado declarando conocer el Estatuto y las disposiciones vigentes de los Reglamentos Internos. Autorizo por la presente a la Mutual a gestionar el descuento en mis haberes del importe correspondiente a la cuota societaria y servicios solicitados.

TOMO CONOCIMIENTO que el alta a los servicios será a partir del 1º del mes siguiente de la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



030102723526606220221004