

## SOLICITUD DE CONVENIOS

FECHA

DIA	MES	AÑO

### IDENTIFICACIÓN DE SOLICITANTE

<b>Apellido paterno</b>		<b>Apellido materno</b>		<b>Nombres</b>	
<b>Grado</b>	<b>RUT</b>	<b>Anexo</b>	<b>Teléfono móvil:</b>	<b>Depto.</b>	

<b>División:</b>	<b>Mail:</b>

### MARQUE CON UNA CRUZ CONVENIO ESCOGIDO

DENTAL	OPTICO	VESTUARIO	OTROS

Requisitos:

- ✓ 3 meses de antigüedad en **AFUMINSAL**
- ✓ Estar al día en pago de sus cuotas
- ✓ Última liquidación de sueldos

El (la) Asociado(a) deberá presentar una Solicitud a la Directiva de la AFUMINSAL en **original**.

### IDENTIFICACIÓN DE CODEUDOR

<b>Apellido paterno</b>		<b>Apellido materno</b>		<b>Nombres</b>	
<b>Grado</b>	<b>RUT</b>	<b>Anexo</b>	<b>Teléfono móvil:</b>	<b>Depto.</b>	

<b>División:</b>	<b>Mail:</b>

Yo, codeudor del presente convenio me hago responsable a través de mi firma y acuerdo estar en conocimiento, que de no ser cancelada la deuda de quien estoy avalando socio/a del AFUMINSAL, deberé asumir la morosidad desde el primer mes en que el socio/a, no realice el pago correspondiente de este convenio otorgado por la Asociación, autorizo se descuente por planilla las cuotas correspondientes, En caso de no poder cancelar por medio de descuento por planilla por exceder mi 15%, mi obligación será cancelar en forma directa.

**FIRMA CODEUDOR**

**FIRMA SOCIO/A**

### USO EXCLUSIVO AFUMINSAL

MONTO OTORG.	N° DE ORDEN	N° CTAS	VALOR CTA.	MES A DESCUENTO
\$				