

Fecha



SOLICITUD DE CONVENIOS

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

--	--	--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Grado	Rut	Anexo	Teléfono	Depto.

División _____

Mail _____

MARQUE CON UNA X EL CONVENIO ESCOGIDO

Dental Óptico Vestuario Otro

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

--	--	--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Grado	Rut	Anexo	Teléfono	Depto.

División _____

Mail _____

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 descuenta 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 del codeudor

Firma del Socio/a

Uso exclusivo Afuminsal

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

Debe de adjuntar su liquidación de sueldo junto con este documento firmado