



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Con observancia en el numeral 2 del artículo 7°, Capítulo III sobre las condiciones de admisión, deberes y derechos contemplados en los estatutos de la Agremiación Sindical del Sector Salud "**ASSESAUD**", comedidamente solicito aceptarme cómo AFILIADO, para lo cual autorizo y faculto a quién corresponda, el trámite para el descuento por concepto de cuotas sindicales estipuladas por Ley, equivalente al 0.007% de la asignación básica mensual.

Fecha de afiliación: dd ____ mm ____ aaa ____

Nombres y Apellidos: _____

CC.: _____ Cargo: _____

Planta: OPS _____ SDS _____ Sub-red _____

Dependencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Firma del afiliado