



SOLICITUD DE AFILIACION

		Fecha (MM/DD/AA):
Nombre completo del Empleado (Primer apellido, Segundo apellido, Nombre):		
N° de Empleado:	N° de Cédula:	Fecha de Ingreso a la empresa:
Nombre del Puesto:	Departamento:	Turno:
Tipo de planilla en que recibe su salario <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Domicilio exacto (primero Provincia):		
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	E-mail personal:
Estado Civil:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento: 00-Ene-00
Sexo : <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Número de hijos:	Cuenta Bancaria-Banco:

Por este medio solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista Empleados de VOLCARICA S.R.L., **ASEPHILIPS** ser aceptado(a) como asociado y doy autorización para que se deduzca de mi salario bruto el cinco por ciento (5%) por concepto de aporte individual que me acredita como tal.

Me comprometo a respetar y acatar sus Estatutos y Reglamentos, así como las disposiciones que emanen de sus órganos.

De igual forma autorizo a **ASEPHILIPS** para depositar en mi cuenta bancaria personal los montos correspondientes a transacciones de crédito, liquidaciones, devoluciones de ahorros y cualquier otra que esta considere pertinente, así como solicito acceso al sistema SMS (consultas y gestiones por mensajería de texto) y Web de autogestión.

**Firma Legal del Asociado
(como en la cédula)**

Para uso exclusivo de ASEPHILIPS:

Cotizará a partir de: _____