

DATOS DEL AFILIADO

Apellido

Nombres

CUIL Fecha de Ingreso al Organismo

Legajo / Fecha de Nacimiento

Oficina/Seccion

Departamento

Domicilio Laboral

Partido Localidad

Telefono Laboral Virtual

Correo Laboral

DATOS PERSONALES

Domicilio Particular

Localidad CP

Partido

Correo Particular

GRUPO FAMILIAR		
Apellido y Nombre	DNI	VINCULO

Solicito mi inscripción como afiliada/o a la A.E.F.I.P.

.....
Firma del Afiliado

.....
Aclaración

.....
DNI

Contacto: organización@aefipcapital.org.ar



CONSTANCIA PROVISORIA DE AFILIACION

Talón para el agente de afiliación.

Se deja constancia, que el compañero/a:

.....
 CUIL
 LEGAJO
 Fecha

Se encuentra afiliado a esta Asociación a partir del día / /

.....
Firma y Sello