



Nº BENEFICIARIO:

PLAN DE SALUD: CUOTA DEL MES:

RETENCION O. SOCIAL	\$
CONTRIBUCION PATRONAL	\$
PAGO DIRECTO A PRIMEDIC	\$
TOTAL	\$

Calle 46 Nº840 e/ 11 y 12 - Tel.: (0221) 423-4495/ 483-8617- La Plata

VENTAS: Calle 11 Nº647 (esq. 45) - Tel (0221) 423-0693/ 1679

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIOS PARA EMPLEADOS EN RELACION DE DEPENDENCIA

00- APELLIDO Y NOMBRES DEL TITULAR				ZONA		Nº	
CALLE		NUMERO	PISO	DEPTO.	LOCALIDAD	TELEFONO	
RAZON SOCIAL		DOMICILIO COMERCIAL		NUMERO	PISO	DEPTO	ACTIVIDAD
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO
							FAMILIARES A CARGO
							CONYUGE
							HIJOS
							PADRES
OBRA SOCIAL ANTERIOR		ANTIGÜEDAD		E-mail: _____			

COMPONENTES DEL GRUPO FAMILIAR

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO	
			TIPO	NUMERO
01		/ /		
02		/ /		
03		/ /		
04		/ /		
05		/ /		

ASESOR COMERCIAL

_____ APELLIDO Y NOMBRES

_____ FIRMA

El/ los suscriptos que solicita/n ser incluido/s como beneficiario/s declara/n bajo juramento que los datos enunciados en esta solicitud son correctos, dejando constancia asimismo que conocen, acepta/n y se somete/n expresamente al Reglamento, Resoluciones, Normas y Disposiciones que PRIMEDIC SALUD ha establecido o establezca en el futuro.

_____ de _____ de 20_____

FIRMA BENEFICIARIO TITULAR: _____

ACLARACION: _____