

SOLICITUD DE INGRESO

N°

Fecha ____ / ____ / ____

Sr. Presidente del Consejo Directivo:

Solicito mi inscripción y la de las personas de mi grupo familiar como asociados de GRUPO OROÑO MUTUAL en los términos y condiciones que se exponen, dentro del PLAN:

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres					Asociado N°		
Tipo y N° de Doc. Ident.			Cuit / Cuil			Tipo	Participante
Lugar y fecha nacim.					Adherente		
Nacionalidad	Sexo			Estado civil			
Domicilio de residencia							
Código Postal	Localidad				Provincia		
Tel. Particular 1			Tel. Particular 2				
E-mail							

OTROS DATOS

He estado asociado anteriormente	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Fecha y motivo de la baja		
Prepaga u obra social				Emergencia Médica			
Si contrata Emergencia Médica, lugar de internación a derivarlo						Titular obligado a informar cambios	

GRUPO FAMILIAR

Vínculo	Apellido y Nombres	Fecha Nacimiento	Tipo y N° de Doc. Ident.	Nacionalidad	ASOCIADO	
					N°	Adherente Participante
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

Firma

Aclaración

Tipo y N° de documento

Me comprometo a abonar a GRUPO OROÑO MUTUAL del 1 al 10 de cada mes, en la forma y lugar que ésta indique, el importe de la cuota social y el resultante de toda otra obligación que contraiga la entidad, teniendo en cuenta que con la falta de pago de tres cuotas sociales, previa interpelación se me considerará en mora, y consecuentemente, seré excluido del sistema, perdiendo todos los derechos obtenidos por la adhesión a GRUPO OROÑO MUTUAL.

Conozco y acepto que GRUPO OROÑO MUTUAL no se responsabiliza por el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las empresas, instituciones o cualquier otro tercero a través de los cuales ella otorga los diferentes beneficios mutualistas.

En carácter de declaración jurada manifiesto que los datos brindados en la presente solicitud son exactos y verdaderos y me comprometo a notificar en forma fehaciente al Consejo Directivo, en un plazo no mayor a 15 (quince) días, toda modificación de los mismos. Presto absoluta conformidad y autorizo expresamente a GRUPO OROÑO MUTUAL a consultar, utilizar, suministrar o transferir la información contenida en este formulario y a enviarme información a mi teléfono / celular / e-mail.

Los distintos servicios/ beneficios corresponden o no según la folletería comercial entregada de cada plan y convenios puntuales con empresas o entidades; en todos los casos según condiciones específicamente pactadas.

Se entrega y recibe fotocopia del documento de identidad del titular de esta SOLICITUD DE INGRESO.-

Firma

Aclaración

Tipo y N° de documento

PARA USO EXCLUSIVO DE GRUPO OROÑO MUTUAL

Ag. Com.

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____ En el día de la fecha el Consejo Directivo, SI NO acepta el ingreso de la/s persona/s cuyos datos figuran en la presente solicitud.

Por GRUPO OROÑO MUTUAL