

Asoc. Solidarista de Empleados de Corporacion Megasuper S.A



## SOLICITUD DE AFILIACION A PLAN DE AHORRO

TIPO DE AHORRO: NAVIDEÑO ( ), EXTRAORDINARIO ( ), ESCOLAR ( )

Fecha

Nombre Completo  N° Empleado:

Lugar donde Labora  Cédula:

Telefono

**Gestion Solicitada** 1.( ) Ingreso al Ahorro 2.( ) Cambiar cuota

**Tipo de ahorro:** ( ) Extraordinario Monto:  Quincenal ( ), Mensual ( )

( ) Escolar Monto:  Quincenal ( ), Mensual ( )

( ) Navideño Monto:  Quincenal ( ), Mensual ( )

En Caso de incapacidad ó Fallecimiento, designo como beneficiarios (de acuerdo al artículo 85 del Código de Trabajo), a las Sigüientes Personas:

					Porcentaje
1.Nombre	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	Cédula	<input type="text"/>
Direccion	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		
2.Nombre	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	Cédula	<input type="text"/>
Direccion	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		
3.Nombre	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	Cédula	<input type="text"/>
Direccion	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		

NOTA.

1. Autorizo a ASOMEGA, para que deduzca de mi salario, el monto que arriba indiqué, por concepto de Ahorro, y el mismo sea liquidado en las condiciones ajustadas al reglamento de éste ahorro

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Número de Cédula