

SINAE



AFINES

2233-0380 | 2233-0450

Síguenos en: www.Facebook/Sindicato Nacional de Enfermería

SEÑORES SINDICATO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y AFINES

Yo _____ cédula _____, solicito por este medio acepten mi afiliación a este Sindicato, autorizo para que me sea deducido de mi salario total, \$10,500 por concepto de cuota, comprometiéndome de tal forma a respetar sus acuerdos y estatutos.

Dirección de domicilio: _____ Teléfono residencial: _____

Teléfono trabajo: _____ Extensión: _____ Número celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la institución donde labora: _____

Pertenece a (marcar con equis):

() CCSS, () Ministerio de Salud, () Gobierno, () INS, () Clínica Privada, () Propio, () Pensionado.

Fecha de ingreso a la CCSS: _____ Puesto que desempeña: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Afiliado por: _____

Firma: _____ Fecha: _____