

## 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

