



FORMULARIO DE INGRESO

FECHA ___ / ___ / ___

SR/A PRESIDENTE DE ADASS

PRESENTE

El/a que suscribe _____, C.I. _____ manifiesta su voluntad de ingresar como socio de esta Asociación, autorizando a realizar el descuento de la cuota social por intermedio del Departamento de Habilitaciones del Ministerio de Salud Pública, ASSE o Comisión de Apoyo, según corresponda.

Dejo constancia que ocupo el cargo de _____ en la U.E. _____,

Mi N° de funcionario es _____, por _____ (ASSE, Comisión de Apoyo, MSP).

Actualmente cumpla funciones de _____ en la U.E. _____

Comprometiéndome a comunicar a la Comisión Directiva de la Asociación cualquier cambio presupuestal, funcional y de lugar de trabajo.

Teléfono:.....

Celular:.....

E mail:.....

Sin otro particular, saluda muy atentamente

SR. HABILITADO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA – A.S.S.E.

PRESENTE

El/la Presidente/a de la Comisión Directiva de ADASS, presenta ante usted el formulario de solicitud de inscripción del funcionario antes mencionado, el cual ha sido aceptado como socio por esta Comisión, se eleva el mismo a los efectos de realizar las retenciones correspondientes .

Saluda muy atentamente,