



SOLICITUD DE AFILIACION A LA ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACION
MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU. ("AMSP").

S.P.

Yo, _____,
identificado con DNI. N° _____, domiciliado en
_____, prestando servicios
en esta base _____, de la
Ciudad de _____, a Ud. digo:

Que, al amparo de lo dispuesto por el Art. 9º, 11º y 13º inc. a) del Estatuto vigente de la AMSP, concordante con las normas legales pertinentes del Código Civil; a través del presente documento, **SOLICITO** ser admitido como asociado activo de esta asociación, comprometiéndome a respetar y/o cumplir con las obligaciones que impone su Estatuto y Reglamentos internos.

OTROSI DIGO: Que, aprobada que sea mi afiliación, **AUTORIZO** al funcionario que corresponda para que proceda a efectuar el **DESCUENTO MENSUAL** de mi **APORTE y/o CUOTA** respectiva a favor de la "AMSP", declarando que me encuentro instruido (a) sobre los beneficios, auxilios y servicios que brinda ésta a mi favor.

Por lo expuesto:

A Ud. pido acceder a mi solicitud.

Fecha: _____

Asociado (a)

