

CONSTANCIA DE INICIO DE TRÁMITE

ASOCIACIÓN MUTUAL
FRONTERAS ARGENTINAS

Mat. 474/01 - Res. N° 907/01 Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) Mendoza - Argentina

Este documento es válido sólo como CONSTANCIA DE INICIO DE TRÁMITE. NO REPRESENTA de ningún modo la autorización final del mismo.

Fecha inicio de trámite / /

N° de trámite

Atendido por

Delegación N°

Provincia

DATOS PERSONALES

N° SOCIO

Activo Adherente *

En el caso de ser adherente marque con una cruz la categoría a la que pertenece.

- Of. G.N.
 Civil
 Pens./G.N.
 Otras Fuerzas
(especificar)

Apellido y Nombre

DNI CUIL

N° Cuenta Bancaria

N° Tarjeta de cobranza

DIRECCIÓN

Calle N°

Barrio Mz Casa Depto.

Localidad Provincia

TRÁMITE

Marque con una cruz el casillero correspondiente. Complete la información requerida.

Ayuda económica Monto solicitado \$

REINTEGRO
 Cesárea Protocolo quirúrgico Cód.

Ortopedia Elemento
Monto \$

PRÉSTAMO Elemento
Valor \$

Farmacia Farmacia AMFA Monto \$
 OTRAS Monto \$

OTROS

SUBSIDIOS

- Retiro
 Nacimiento
 Casamiento
 Luto

PAÑALES

- Adultos
 Niños

KIT ESCOLAR Hijos

ÓPTICA

- Adultos Lejos Bifocal
 Niños Cerca

PLANES

- MI PC 0 KM MOTO AMFA

Servicios previsionales

DOCUMENTACIÓN | REQUISITOS

Marque con una cruz el casillero correspondiente a la documentación presentada por el socio.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuota social al día | <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Defunción | <input type="checkbox"/> Suscripción de solicitud de ayuda económica | <input type="checkbox"/> Factura de compra |
| <input type="checkbox"/> Condición de retirado | <input type="checkbox"/> DNI de los hijos del asociado | <input type="checkbox"/> Impuesto con domicilio declarado | <input type="checkbox"/> Certificado médico |
| <input type="checkbox"/> Edad estipulada por LEY | <input type="checkbox"/> N° cuenta Caja de Ahorros | <input type="checkbox"/> Pagaré por total de deuda | <input type="checkbox"/> Nota de solicitud de préstamo de elementos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Socio activo | <input type="checkbox"/> Luto /Cónyuge: Acta de matrimonio | <input type="checkbox"/> Protocolo quirúrgico | <input type="checkbox"/> Ficha de solicitud de anteojos |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI, LE,LC | <input type="checkbox"/> Luto/ Beneficiario: Declaración de Herederos | <input type="checkbox"/> Código de cirugía | <input type="checkbox"/> Receta oftalmológica |
| <input type="checkbox"/> Último recibo de haberes | <input type="checkbox"/> Últimos movimientos bancarios | <input type="checkbox"/> Receta de medicamento firmada por médico | <input type="checkbox"/> Clave fiscal |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Casamiento | <input type="checkbox"/> Constancia médica pañales adulto | | <input type="checkbox"/> Formularios con firma certificada |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Nacimiento | | | |

Firma y Aclaración
Socio Titular

DNI / LE / LC

Firma y Aclaración
Personal AMFA