

SITRASAP

Inscripción Gremial 2903

Of. Libertad 307 – Santa Rosa- La Pampa

Mail: sitrasaplapampa@hotmail.com – Facebook: [Sitrasap](#)

Tel.: 02954-773595



FICHA DE AFILIACIÓN Nº: FECHA DE AFILIACIÓN:/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

D.N. I: ESTADO CIVIL:

ESTABLECIMIENTO AL QUE PERTENECE:

LEGAJO Nº: AFILIADO Nº:

PROFESIÓN O ACTIVIDAD: SITUACIÓN DE REVISTA:

DOMICILIO PARTICULAR:

LOCALIDAD: C.P:

TELÉFONO FIJO Nº:CELULAR:

DOMICILIO PROFESIONAL: C. P: TEL. Nº:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

Por la presente solicito la inscripción al Sindicato de los Trabajadores de la Salud Pampeana (Si.Tra.Sa.P), declaro conocer los estatutos y al mismo tiempo autorizo al organismo de aplicación que corresponda, a retener la cuota sindical que fijan los organismos estatutarios.

..... Firma del Afiliado

..... Aclaración