

ASEVENTION

Asociación Solidarista de Empleados de Vention

SOLICITUD DE AFILIACION

Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Cédula N°: (adjuntar copia)
Dirección del domicilio: Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: Estado Civil: Nacionalidad:	Teléfono Celular: Teléfono Casa:	
Puesto que desempeña:	Edificio:		
Fecha de ingreso a la empresa:	Número de Empleado:		
En caso de fallecimiento, autoriza a que el monto que del fondo de ayuda social proporciona ASEVENTION sea entregado a los siguientes beneficiarios:		*AHORROS VOLUNTARIOS	
Datos de Beneficiarios	1. Nombre: 2. Cédula: Porcentaje: _____ 3. Parentesco:	1. Ahorro Navideño Monto _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
	1. Nombre: 2. Cédula: Porcentaje: _____ 3. Parentesco:	2. Ahorro Escolar _____ Monto _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal 3. Ahorro _____ Monto _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Declaro que mi solicitud de afiliación es voluntaria y expresa mi voluntad, por tanto autorizo a ASEVENTION para que deduzca de mi salario el porcentaje de ahorro voluntario arriba indicado. Asimismo declaro conocer y estar de acuerdo con los estatutos, políticas y reglamentos de la Asociación.			
Fecha:	Firma del solicitante:		
PARA USO EXCLUSIVO DE ASEVENTION			
APROBACION DE JUNTA DIRECTIVA:			
Recibida por	Primer Rebajo		