



Asociación de Farmacéuticos
Municipales de la C. de Bs.As.

Inscripción Gremial N° 2717

FECHA...../...../.....

FICHA DE INSCRIPCION

APELLIDO Y NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

FICHA MUNICIPAL:

MATRICULA PROFESIONAL:

DIRECCION PARTICULAR:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO:

E MAIL:

LUGAR DE TRABAJO:

FIRMA

DOCUMENTO N° :

Por la presente autorizo a la Federación de Profesionales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, a efectuar el descuento del porcentaje que correspondiese en concepto de cuota societaria a través del código 738, de mi recibo de haberes.

FIRMA.....

ACLARACION.....

DNI.....

FECHA.....

Se adjunta fotocopia del recibo de haberes