

Formulario de afiliación Número.....

Montevideo,.....de.....de.....

El que suscribe

Solicita su afiliación al Sindicato de la industria del Medicamento y Afines, declarando que conoce y se compromete a cumplir los estatutos y reglamentaciones del mismo

.(Cap. || Art. 6 inc.b)

Asimismo declara que está dispuesto a abonar la cuota sindical correspondiente y autoriza a la comisión directiva a proceder al descuento de la misma por planilla de sueldos.

Firma:.....

Favor llenar en letra de imprenta:

APELLIDOS:.....

NOMBRES: :.....

EMPRESA: :.....

CATEGORÍA:.....

DIRECCIÓN PARTICULAR:.....

DIRECCIÓN LABORAL:.....

TELÉFONO PARTICULAR:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

CÉDULA DE IDENTIDAD:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....