



SINDICATO NACIONAL MÉDICO DEL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ SINAMSSOP

Registro Nacional de Organizaciones Sindicales de Servidores Públicos (ROSSP) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (Expediente N° 2318-09-DRTPEL/DPSC/SDRG/DRS del 05/02/09)

FICHA DE AFILIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Por el presente yo:.....
de profesión: Médico () Químico Farmacéutico () Cirujano Dentista (), Colegio Profesional N°, Identificado con DNI....., servidor de EsSalud, con Código de Planilla y con Régimen Laboral: Nombrado (D.L. 276) () Contratado (D.L. 728) () a Plazo Fijo () o Plazo Indeterminado () CAS (D.L 1057)()

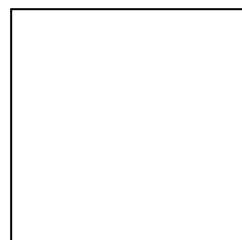
Que, de conformidad con lo dispuesto, solicito mi inscripción al Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú y a la vez autorizo se descuenta de mi remuneración mensual, la suma de S/. 28.50 (VEINTIOCHO Y 50/100 NUEVOS SOLES), por concepto de cotización gremial a favor de SINAMSSOP.

A estos efectos, declaro bajo juramento que los datos consignados corresponden estrictamente a la verdad, que mi firma es la misma que uso en todos mis documentos, haciéndome pasible a las sanciones a que hubiere lugar en caso de fallar a la verdad.

..... de del 201.....

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL

HOSPITAL:.....

EMAIL:..... TELÉFONO.....

ADJUNTO COPIA DE DNI