



CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES CIVILES DEL MINISTERIO DE LA DEFENSA
REG. MINHAJENDA N° 486: 26MAY93 SECTOR PÚBLICORIF N° J- 30495750-5
www.cafucamide.com

PROGRAMA	ACTIVIDAD	FECHA		
		DIA	MES	AÑO



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

1. DATOS PERSONALES

APELLIDOS		NOMBRES		CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		CIUDAD O LUGAR	ESTADO		TELÉFONO
LUGAR DONDE PRESTA SUS SERVICIOS					
DIRECCIÓN GEOGRAFICA					TELÉFONO
SEÑALA SI OCUPA UN CARGO DE: UNIVERSITARIO ADMINISTRACIÓN DOCENTE OBRERO JUBILADO REINGRESO					
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> REINGRESO					
SUELDO Y / O SALARIO SEGÚN LIBRETA DE AHORRO				SALARIO PRIMAS	
CARGO QUE OCUPA		ANTIGÜEDAD	FECHA DE INGRESO DIA		MES AÑO
NOMBRE DEL BANCO		Nº DE CUENTA BANCARIA	CUENTA DE AHORRO		FIRMA
			CUENTA CORRIENTE		

2. DATOS DE HABITACIÓN

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN	
	TELÉFONO
APELLIDOS, NOMBRES Y DIRECCIÓN DE UN FAMILIAR QUE NO HABITE CON USTED.0	
	TELÉFONO
MENCIONE OTRA DIRECCIÓN DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR EN CASO DE EMERGENCIA	
	TELÉFONO

3. AUTORIZACIÓN

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE TODOS AQUELLOS DATOS LLENADOS POR MI SON VERDADEROS Y A SU VEZ MANIFIESTO MI DESEO DE SER ASOCIADO DE LA CAJA DE AHORROS DE LOS TRABAJADORES CIVILES DEL MINISTERIO DE LA DEFENSA (CAFUCAMIDE), PARA LO CUAL AUTORIZO AL HABILITADO DE PROGRAMA Y70 DEPENDENCIA A QUE SE ME DESCUENTE A PARTIR DE LA PRESENTE FECHA EL % O DE MI REMUNERACIÓN MENSUAL (SUELDO BÁSICO, COMPENSACIÓN, PRIMA).

FIRMA DEL ASOCIADO

VER AL DORSO

Yo, _____ C.I. N° _____

Autorizo a _____ C.I. N° _____

PARA QUE SOLICITE Y RECIBA TODOS MIS AHORROS ESTATUTARIOS, PATRONALES, INTERESES, DIVIDENDOS Y OTROS HABERES CAUSADOS A FAVOR MIÓ, EN CASO DE ACCIDENTE GRAVE Ó FALLECIMIENTO.

FIRMA DEL ASOCIADO

ANEXAR: Fotocopia de la Cédula de Identidad, Fotocopia del Carnet, Fotocopia del Último Neto y (1) una foto carnet