

Solicitud de Afiliación

Foto

Yo _____ cédula: _____ Solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de Asociación de Servicios Médicos Costarricenses y Afines ASECLIBI, se me acepte como miembro de ésta Asociación, por lo que prometo acatar y respetar su Estatuto, reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su Asamblea General, Junta Directiva y Fiscalía.

Datos Laborales

Departamento _____ Ocupación _____ Extensión _____

Fecha ingreso al Hospital Clínica Bíblica _____ No. Carnet: _____

Su salario le será depositado en su cuenta de banco:

Cuenta con Bco. Davivienda Cuenta con Bco. Costa Rica Cuenta con Bco. Bac Credomátic

Datos Personales y Familiares

Fecha Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Edad: _____ No. Hijos: _____

Edad de hijos: _____ Teléf. Hab: _____ Celular: _____

Correo electrónico _____

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado(a) Viudo (a) Otro

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección: _____

Nombre del cónyuge _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Nombre de hermanos: _____

****ESTIMADO ASOCIADO LE INFORMAMOS QUE EL PORCENTAJE MINIMO DE AHORRO ES DE UN 3% SEGÚN LA LEY DE ASOCIACIONES SOLIDARISTAS, SEGÚN ACUERDO DE ASAMBLEA EN ACTA No.37.**

Autorizo a ASEMECO, para que me deduzca mensualmente el _____% de mi salario, por concepto de ahorro la cual me acredita como miembro de ésta Asociación, a partir del mes de _____ del _____.

AHORRO NAVIDEÑO (voluntario): ₡ _____ AH. ESCOLAR (voluntario): ₡ _____ . (Mínimo ₡2.000.00)

En caso de incapacidad o fallecimiento, designo como beneficiario (de acuerdo al artículo 85 del Código de Trabajo), a las siguientes personas.

Primer beneficiario:

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE	FECHA DE NACIMIENTO
			%	

DIRECCIÓN EXACTA	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO

Segundo beneficiario:

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE	FECHA DE NACIMIENTO
			%	

DIRECCIÓN EXACTA	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO

Doy mi autorización al Departamento de Talento Humano de ASEMECO a deducir de mi salario mensual las cuotas de los préstamos que se me otorguen en el futuro por medio de la aplicación de SIBU para uso del celular.

FIRMA DEL ASOCIADO

FECHA DE TRAMITE

RESPONSABLE DE AFILIACION

BOLETA FONDO DE EMERGENCIA



Estimado asociado,

El fondo de emergencia es un aporte que se da de manera voluntaria con el fin de ayudar de manera solidaria a los demás compañeros asociados en diversas situaciones. Este fondo le beneficiara a usted como asociado en caso de incapacidad y fallecimientos de familiares directos o de una necesidad extrema. La cuota mínima es de ¢2.000.00 mensuales y de acuerdo al aporte que usted realice su patrono ASEMECO aportara un tanto igual mensualmente. Los invitamos a contribuir con el aporte del fondo de emergencia y a disfrutar de sus beneficios.

Yo: _____ autorizo al departamento de Recursos Humanos para que me apliquen una deducción mensual por planilla de:

¢2.000 () Otro (¢____) a partir del mes de _____ del _____.

() No deseo utilizar el fondo de emergencia.

FIRMA: _____ FECHA: _____.
