



FONDO DE PREVISIÓN

Misiones 1399
Montevideo, 11.000
Tel. 140 1617 | (44)1617

ALTA

Nro. _____
Nombre _____
Dependen. _____
Sector _____

Fecha de Ingreso 13/07/2017
Categoría Suscriptor

Sr. Presidente
Asociación Fondo de Previsión
Presente

De mi consideración:

El que suscribe solicita la afiliación en la categoría
Suscriptor a la Asociación Fondo de Previsión y autoriza que el aporte mensual a dicha Asociación (Art. 14 y 16 de los Estatutos
le sea descontado de sus haberes en Scotiabank Uruguay S.A.

Si por cualquier causa dejara de pertenecer a Scotiabank Uruguay S.A. o a la Asociación Fondo de Previsión, me comprometo a
cancelar previamente el total de los adeudos que por cualquier concepto tenga con la Asociación, incluso los que no hayan vencido.

Sin otro particular saluda a Ud. muy atentamente

Datos del Socio

Estado Civil: _____ Hijos: _____ Firma _____
Edad: _____
Fecha de Nac.: _____
C.I.: _____
Nº. empleado: _____

Cualquier duda o consulta comunicarse con la Secretaría de la Asociación Fondo de Previsión
Teléfono 140-1617, correo electrónico: info@fondodeprevision.com
