



SINDICATO NACIONAL MÉDICO DEL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ SINAMSSOP

Registro de Organizaciones Sindicales de Servidores Públicos (ROSSP) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo N° 231809DRTPEL/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 N° , servidor de EsSalud, con Código de Planilla N° 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 afiliación al Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú - SINAMSSOP y a la vez AUTORIZO se descuenta el 1% (UNO POR CIENTO), de mi remuneración mensual por concepto de cuota ordinaria a favor del Sindicato, como las cuotas extraordinarias que se acuerden por mandato de Asamblea Nacional de Delegados, conforme lo dispuesto por el Art. N° 10° Inc. (g) del Estatuto del Sinamssop.

Declarando bajo juramento que la información consignada corresponde estrictamente a la verdad, motivo por el cual me ratifico en la misma, firmando e imprimiendo mi huella en señal de conformidad; sometiéndome a las sanciones administrativas en caso de faltar a la verdad.

, de de 202

..... FIRMA	
----------------	--

HUELLA DIGITAL

HOSPITAL:

EMAIL: TELÉFONO

ADJUNTO COPIA DE DNI