



**SOLICITUD DE AFILIACIÓN A O.S.P.A.C.**

Afiliado N°:

Descontar al Afiliado :   
(reservado a O.S.P.A.C.)

Estado de Registro:

Apellido y Nombres:

Domicilio:

Localidad:  Provincia:

Código Postal:  Teléfono:

Tipo de Doc.:  CI  LC  LE  DNI N° Doc.:

Fecha de Nac.:  /  /  Estado Civil:  S  C  D  V

Sexo:  M  F Nacionalidad:

Fecha de Afiliación:  /  /  Plan O.S.P.A.C. (A/B):  A  B

OPTA NO AFILIACIÓN :  SI  NO

(Únicamente para Categ. Aportes Previsionales A o B)

Fecha Matriculación:  /  /

Número Cónyuge Af. Titular O.S.P.A.C.:

Parentesco:

Profesión:

Entidad que descuenta:

Lugar:  Fecha:  /  /

-----  
FIRMA DEL TITULAR

-----  
ACLARACIÓN