



Federación de Funcionarios de O.S.E.

DIA	MES	AÑO

AFILIACION

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO	Nº DE PADRON
C.I.	Nº SECCION DE COBRO
FECHA DE INGRESO A O.S.E.	SECCION
DOMICILIO	DEPARTAMENTO
LUGAR DE TRABAJO	CATEGORIA CARGO DE RETRIBUCIÓN (Nº)

Por la presente solicito mi afiliación a la Federación de Funcionarios de O.S.E., asumiendo todos los derechos y obligaciones que esto implica.

Sr. Presidente de O.S.E
Presente

CARTA PODER: Por la presente carta poder AUTORIZO ampliamente a la Administración de las Obras Sanitarias del Estado (O.S.E.) para que se descuente en forma mensual de mis haberes la suma correspondiente a la cuota social, los aportes extraordinarios y otros conceptos, que me corresponda aportar a la Federación de Funcionarios de O.S.E. (FFOSE) por mi consentida afiliación, de acuerdo a lo dispuesto por los estatutos, que son de mi conocimiento y conformidad. Esta carta poder sé tendrá por vigente y valida ante la Administración de las Obras Sanitarias del Estado hasta que se le comunique su revocación o cualquier otro acto que la altere y expida recibo de dicha comunicación. Se establece que el presente poder tiene el carácter de esencialmente revocable sin expresión de causa.

LUGAR.....FECHA.....

NOMBRES Y APELLIDOS (en letra de imprenta).....

.....C.I.

OFICINA.....Nº DE PADRON.....

FIRMA