

ACTIVIDADES CULTURALES

BIBLIOTECA ARTURO JAURETCHE

Seccional/Delegación	Fecha de presentación
----------------------	-----------------------

Datos Personales Titular	OBLIGATORIO CUIL
---------------------------------	---------------------

DNI	Apellido y Nombres	
N° Afiliado SSRA	N° Afiliado OSSEG	Empresa

Datos Adicionales

Domicilio	Localidad
Provincia	C. P.
Nacionalidad	Fecha Nacimiento
OBLIGATORIO Tel. Celular	Tel. Particular
Correo Electrónico	
Franja horaria para contacto	

DATOS DEL CURSANTE	SI ASISTE EL TITULAR INCLUIRSE IGUALMENTE EN ESTA GRILLA		
Apellido y Nombres	Documento	Fecha Nac.	Parentesco
		__/__/__	

DATOS DE LA FACTURA

Factura Número:		Importe:	
Fecha de factura:			

Firma y Aclaración del Afiliado.

Deberá presentarse a la actividad con el comprobante de pago, gracias.

La prestación es solamente para Afiliados al Sindicato del Seguro de la R.A. y a la Obra Social de Seguros y su grupo familiar primario (esposas/os e hijos/os).