



Sindicato Nacional de Empleados del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Personería Jurídica 2840 de Julio de 1992

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ De _____

REGIONAL _____ SECCIONAL _____

SUELDO MENSUAL _____

TELÉFONO CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

CIUDAD Y FECHA DE SOLICITUD _____

FIRMA _____

Autorizo al señor pagador del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, para que descuente de mi sueldo básico mensual, el 1% con destino a esta Organización, hasta que la misma autorice la suspensión de este descuento.

APROBADA REUNIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

Este formato se debe descargar, firmar, escanear y enviar al correo electrónico secretariageneral@sindemedilegal.org



Bogotá D.C. Calle 7A #12 A-51 Piso 5
Teléfonos 406-99-77 - 406-99-44 - Ext. 1702
Telefax 4 83-86-52 Celular 316-691-38-10
Sindemedilegalbogota@gmail.com
www.sindemedilegal.org