

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ **De** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

REGIONAL _____ **SECCIONAL** _____

SUELDO MENSUAL _____

TELÉFONO CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

CIUDAD Y FECHA _____

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