

Mat. 474/01 - Res. N° 907/01 Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) Mendoza - Argentina

Este documento es válido sólo como CONSTANCIA DE INICIO DE TRÁMITE. NO REPRESENTA de ningún modo la autorización final del mismo.

Fecha inicio de trámite  /  /

N° de trámite

Atendido por

Delegación N°

Provincia

**DATOS PERSONALES**

N° SOCIO

Activo  Adherente \*

En el caso de ser adherente marque con una cruz la categoría a la que pertenece.

- Of. G.N. Civil
- Pens./G.N.
- Otras Fuerzas (especificar)

Apellido y Nombre

DNI  CUIL

N° Cuenta Bancaria

N° Tarjeta de cobranza

**DIRECCIÓN**

Calle  N°

Barrio  Mz  Casa  Depto.

Localidad  Provincia

**TRÁMITE**

*Marque con una cruz el casillero correspondiente. Complete la información requerida.*

Ayuda económica Monto solicitado \$

REINTEGRO

Cesárea Protocolo quirúrgico Cód.

Ortopedia Elemento   
Monto \$

**PRÉSTAMO** Elemento   
Valor \$

Farmacia  Farmacia AMFA Monto \$   
 OTRAS Monto \$

OTROS

SUBSIDIOS

- Retiro
- Nacimiento
- Casamiento
- Luto

PAÑALES

- Adultos
- Niños

KIT ESCOLAR Hijos

ÓPTICA

- Adultos
- Niños
- Lejos
- Cerca
- Bifocal

**PLANES**

- MI PC
- 0 KM
- MOTO AMFA

Servicios previsionales

**DOCUMENTACIÓN | REQUISITOS**

*Marque con una cruz el casillero correspondiente a la documentación presentada por el socio.*

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuota social al día          | <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Defunción                  | <input type="checkbox"/> Suscripción de solicitud de ayuda económica | <input type="checkbox"/> Factura de compra                                      |
| <input type="checkbox"/> Condición de retirado        | <input type="checkbox"/> DNI de los hijos del asociado                | <input type="checkbox"/> Impuesto con domicilio declarado            | <input type="checkbox"/> Certificado médico                                     |
| <input type="checkbox"/> Edad estipulada por LEY      | <input type="checkbox"/> N° cuenta Caja de Ahorros                    | <input type="checkbox"/> Pagaré por total de deuda                   | <input type="checkbox"/> Nota de solicitud de préstamo de elementos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Socio activo                 | <input type="checkbox"/> Luto /Cónyuge: Acta de matrimonio            | <input type="checkbox"/> Protocolo quirúrgico                        | <input type="checkbox"/> Ficha de solicitud de anteojos                         |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI, LE,LC         | <input type="checkbox"/> Luto/ Beneficiario: Declaración de Herederos | <input type="checkbox"/> Código de cirugía                           | <input type="checkbox"/> Receta oftalmológica                                   |
| <input type="checkbox"/> Último recibo de haberes     | <input type="checkbox"/> Últimos movimientos bancarios                | <input type="checkbox"/> Receta de medicamento firmada por médico    | <input type="checkbox"/> Clave fiscal   |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Casamiento | <input type="checkbox"/> Constancia médica pañales adulto             |  | <input type="checkbox"/> Formularios con firma certificada                      |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Acta de Nacimiento |   |  |   |

Firma y Aclaración  
Socio Titular

DNI / LE / LC

Firma y Aclaración  
Personal AMFA