



## SOLICITUD DE INGRESO

Fecha Alta:	...../...../.....	
Categoría:	.....	
Prestador:	.....	Plan:.....
CUIT/CUIL:	.....	

### 1. Datos del solicitante Titular

Apellido:	.....					
Nombre:	.....					
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA			Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....		Sexo:	F	M	
Nacionalidad:	.....			Estado Civil:	.....	
Domicilio Particular:	.....			Numero:.....	Piso:.....	Dto:.....
Cod. Post:	.....	Localidad:	.....		Provincia:	.....
Telefono:	.....			Celular:	.....	
E-mail:	.....					

### 2. Datos Laborales

Ocupacion / Profesión:	.....					
Autonomo		Monotributo		Relación de Dependencia		
Razon Social Empresa:	.....					
Domicilio:	.....					
Numero:		Piso:		Dto:	Cod Post:	
Telefono:	.....					
CUIT Empresa:	.....					
Obra Social Actual:	.....				RNOS:	

### 3. Datos Grupo Familiar

Conyuge / Concubina:				CUIT /CUIL:		
Apellido:	.....			Nombre:	.....	
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA			Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....		Sexo:	F	M	
Nacionalidad:	.....			Estado Civil:	.....	
Telefono:	.....			Unificó Aportes	SI	NO
Ocupacion / Profesión:	.....					
Autonomo		Monotributo		Relación de Dependencia		
Razon Social Empresa:	.....					
Domicilio:	.....					
Numero:		Piso:		Dto:	Cod Post:	
Telefono:	.....					
CUIT Empresa:	.....					
Obra Social Actual:	.....				RNOS:	

HIJO/A				CUIT /CUIL:	-	-
Apellido:	.....			Nombre:	.....	
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA			Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....		Edad:	Sexo:	F	M
Nacionalidad:	.....			Estado Civil:	.....	
Estudios:	Primarios - Secundarios - Terciarios -Universitarios			Discapacidad	SI	NO



<b>HIJO/A</b>		CUIT /CUIL:	-	-
Apellido:	.....	Nombre:	.....	
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA	Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....	Edad:	Sexo:	F - M
Nacionalidad:	.....	Estado Civil:	.....	
Estudios:	Primarios - Secundarios - Terciarios -Universitarios	Discapacidad	SI	NO

<b>HIJO/A</b>		CUIT /CUIL:	-	-
Apellido:	.....	Nombre:	.....	
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA	Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....	Edad:	Sexo:	F - M
Nacionalidad:	.....	Estado Civil:	.....	
Estudios:	Primarios - Secundarios - Terciarios -Universitarios	Discapacidad	SI	NO

<b>HIJO/A</b>		CUIT /CUIL:	-	-
Apellido:	.....	Nombre:	.....	
Documento:	DNI - CI - LE -LC - PA	Numero:	.....	
Fecha de Nacimiento:	...../...../.....	Edad:	Sexo:	F - M
Nacionalidad:	.....	Estado Civil:	.....	
Estudios:	Primarios - Secundarios - Terciarios -Universitarios	Discapacidad	SI	NO

#### 4. Plan de Beneficios

Valor Mensual del Plan Elegido por integrante:	\$.....	Aportes Ley	SI - NO	Aportes Extras	SI - NO
--	---------	-------------	---------	----------------	---------

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son los reales y que conozco y acepto las condiciones de asociación y el reglamento vigente, que he leído con anterioridad a la firma de la presente solicitud. La recepción por parte de OSPLA de la presente solicitud no implica aceptación de la asociación

	Fecha:	...../...../.....
	Firma y Aclaración de Administración de Socios	
Firma y Aclaración Titular		

Observaciones para la OBRA SOCIAL de PILOTOS de LINEAS AEREAS

--