

**SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES (BS. AS.)**

Afiliado a la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

“UNO PARA TODOS Y TODOS PARA UNO”

FORMULARIO 3A

**SECRETARIA DE ORGANIZACIÓN E INTERIOR**

**-SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO-**

|  |  |
| --- | --- |
| AFILIADO/A TITULAR | |
| APELLIDO Y NOMBRE:  Haga clic aquí para escribir texto. | **N° AFILIADO:**  Haga clic aquí para escribir texto. |
| SECCIONAL:  Haga clic aquí para escribir texto. | **CATEGORIA:**  SELECCIONE UNA OPCION: |
| TIPO Y N° DE DOC.:  Haga clic aquí para escribir texto. | **N° CUIL:**  Haga clic aquí para escribir texto. |
| FECHA DE NACIMIENTO:  Formato fecha dd/mm/aaaa | **ESTADO CIVIL:**  Seleccione una opción: |
| DOMICILIO y LOCALIDAD: Haga clic aquí para escribir texto. | |

|  |  |
| --- | --- |
| BENEFICIARIO/A: | |
| APELLIDO Y NOMBRES: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| TIPO Y N° DE DOC: Haga clic aquí para escribir texto. |  |
| TELEFONO: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| CORREO ELECTRONICO: Haga clic aquí para escribir texto. |  |
| CBU O ALIAS: Haga clic aquí para escribir texto. |  |
| LUGAR: Haga clic aquí para escribir texto. |  |
| FECHA: Haga clic aquí para seleccionar la fecha. |  |

**\*Form. adicional (b) anexa:** Elija Cant. de form. Elija Cant. de benef. Elija

(\*) FORMULARIO ADICIONAL: deberá indicarse la cantidad de estos formularios y la cantidad de beneficiarios anexos. Deben ser presentados en caso que el número de beneficiarios supere la cantidad prevista en el formulario principal.

**FIRMA Y ACLARACION FIRMA Y ACLARACION**

**Afiliado Secret. Seccional**

|  |
| --- |
| ADJUNTOS: |
| FOTOCOPIA DNI BENEFICIARIO Elija un elemento. |
| FOTOCOPIA RECIBO DE HABERES TITULAR Elija un elemento. |