Localidad.; Fecha de hoy.

**Sr. Secretario General**

**Sindicato de Luz y Fuerza**

**Mercedes Bs. As.**

De mi mayor consideración:

Quien suscribe Nombre y Apellido autorizo por la presente mi adhesión al sistema de pago correspondiente a la afiliación S.A.S. y el Plan de Salud, del Sindicato de Luz y Fuerza Mercedes Buenos Aires, a partir del mes agosto de 2023 y por un Valor de $Monto Total S.A.S + Plan W; que será debitado en forma directa y automática en el resumen de la Tarjeta que a continuación se detalla:

Tipo de tarjeta: *Elija una Tarjeta.* Banco: *Nombre del Banco.*

|  |
| --- |
|  |

Nº de Tarjeta 16 dígitos:

Nº **–** Nº **–** Nº **–** NºNº **–** Nº **–** Nº **–** NºNº **–** Nº **–** Nº **–** NºNº **–** Nº **–** Nº **-** Nº

Vencimiento: Haga clic aquí para escribir una fecha.

Así mismo Autorizo se me descuente la suma total adeudada en caso de no haber realizado el pago mensual correspondiente.

La presente autorización es de carácter irrevocable, salvo que mediare acuerdo expreso con dicho Sindicato.

Apellido y nombres: Haga clic aquí para escribir Apellido y Nombres.

# Tipo y Nº de Documento: D.N.I. Número DNI

# Nº de servicios sociales en trámite: Nº de Ser. Sociales Tel: Nº Teléfono

El valor total declarado será debitado hasta que el Sindicato produzca la Baja definitiva por transferencia en la condición de afiliado a esa organización.

Valor de Afiliación al S.A.S. **$ 3000**

Valor de Plan W $ 0000 por c/beneficiario + 0000 plan especial

(Sujeto a actualizaciones enviadas por circular)

# Firma Afiliado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello y firma seccional

Aclaración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_