



Sindicato Argentino de
Farmacéuticos y Bioquímicos

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

N° de afiliado:

Señor Presidente Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos

El que suscribe: (DATOS DEL TRABAJADOR)

Apellido:..... Nombres: nacido el día del mes.....
del año, en la ciudad deRepública.....,
con número de CUIL, domicilio particular:
ciudad, provincia; poseedor del título de
y matrícula profesional n°, otorgada por

Que se desempeña desde el año como actividad principal en: (marque la opción que corresponda)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Farmacia comunitaria/sindical | <input type="checkbox"/> Laboratorio de análisis | <input type="checkbox"/> Distribuidora / Droguería |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica/Sanatorio | <input type="checkbox"/> Tecnología médica/Suplementos dietarios | <input type="checkbox"/> Docencia e investigación |
| <input type="checkbox"/> Industria farmacéutica/química/cosmética /alimenticia/veterinaria | <input type="checkbox"/> Inspección / Auditoría / Área de gobierno | <input type="checkbox"/> Otro |

Y cuyo número de teléfono personal es: (.....), celular:.....
e-mail:

DATOS DE LA EMPRESA

Y que actualmente trabaja en la empresa, domiciliada en
ciudad de.....Mail
con CUIT n°, en carácter de:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Director/Codirector técnico | <input type="checkbox"/> Gerente | <input type="checkbox"/> Profesional auxiliar / reemplazante |
| <input type="checkbox"/> Profesor/Educador/Investigador | <input type="checkbox"/> Profesional de planta | <input type="checkbox"/> Auditor / Inspector |
| | | <input type="checkbox"/> Otro |

Solicita a usted y, por su intermedio, al Consejo Directivo ingresar en calidad de AFILIADO ACTIVO con todos los derechos y obligaciones. Asimismo, pido se le informe a mi empleador al respecto y, en consecuencia, autorizo se me retenga el dos por ciento (2%) de mis haberes y se lo deposite en la cuenta N° 627-00182/68 del Banco de la Nación Argentina o en otra indicada por la organización.

Aceptado por Consejo Directivo el día _____ del mes _____ del año _____.

Firma y aclaración afiliado

Por CD

Firma y cargo en SAFYB