



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Carlos Roxlo 1483 - Mercedes 1588
Tels 2400 9226 al 29 - 0800 1801
www.cosap.com.uy
cosap@adinet.com.uy

Acta C.D. _____ Fecha _____

D M A
| | |

Sr. Presidente de

COOPERATIVA DE CONSUMO SALUD PÚBLICA

Quien suscribe solicita su afiliación a la Institución que preside, declarando conocer y aceptar los Estatutos y Reglamentos de la misma y obligándose a su cumplimiento. A tal fin autoriza la retención que corresponda de sus haberes, de acuerdo a las Leyes respectivas, por concepto de partes sociales y demás obligaciones creadas y/o a crearse en el futuro con carácter general, así como las que asuma particularmente.

Nombres Completos _____

Apellidos Completos _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Cédula de Identidad N° _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Domicilio _____

Localidad _____ Departamento _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____

Lugar de Trabajo _____ N° Cobro _____

Lugar de Trabajo alternativo _____ N° Cobro _____

Socio que lo presenta _____ N° Socio _____

Cédula de Identidad N° _____

Firma del Socio que lo presenta _____

Firma del solicitante _____

Por COSAP _____

Bonificación por prestación de nueva
afiliación _____ Fecha _____ N° trámite _____

Status _____

Por COSAP _____