



SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

Matricula N° 1693 - registro Nacional de Mutualidades
Calle 3 N° 564 || Tel. 0221- 427.1709 _ 425.4804
La Plata (1900)

+54 9 221 523 8690

@mutualamosba

Por medio de la presente me comprometo y autorizo a quien corresponda para que sea retenido de mi haber mensual el valor establecido por la Mutual en concepto de Cuota Social y Alta Complejidad.

Nombre y Apellido:

Organizacion: Sector: Legajo:

DNI: Estado Civil:

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio // Localidad // Provincia // CP:

Telefono: Email: CBU:

Adjuntar DNI, Recibo de Sueldo, Certificado PEP y Documentación Complementaria de grupo familiar.

Familiares a cargo

Nombre y Apellido	Documento	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados precedentemente son veraces así como la documentación que adjunto (certificaciones de estudios, de vinculo, etc.)

Declaro bajo juramento de Ley que..... me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nomina de Funciones de Personas Expuestas Políticaicamente.

Me comprometo a informar cualquier modificación de los datos declarados que se produzca dentro de los treinta (30) días de ocurrida.

Por medio de la presente, del titular de referencia, manifiesta su voluntad de autorizar/ceder el cobro del subsidio que otorga AMOSBA, en caso de su deceso al siguiente familiar directo:

Nombre y Apellido	Documento	Parentesco

Presto mi consentimiento libre, expreso e informado para que A.M.O.S.B.A. recolecte, registre, almacene y trate mis datos personales -incluidos, si correspondiera, datos sensibles- a fin de evaluar, otorgar, administrar y recuperar los productos/servicios solicitados y cumplir obligaciones legales y regulatorias (Ley 25.326 y Dec. 1558/2001, AAIP, INAES 1418/2003 y 3034/2024, UIF 99/2023).

Autorizo la conservación por el tiempo necesario para dichas finalidades y por los plazos de ley. Reconozco mis derechos de acceso, rectificación/actualización y supresión, y que puedo revocar este consentimiento cuando proceda, contactando a la entidad. Autorizo el tratamiento por encargados/proveedores bajo confidencialidad y seguridad, y las transferencias -incluidas internacionales- que cumplan los requisitos de la Ley 25.326 y regulaciones aplicables.

Firma
