



## ASOMSD

Asociación Solidarista de Empleados de  
MSD Central America Services y Afines

Cédula jurídica: 3-002-087706

### SOLICITUD DE AFILIACIÓN

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Completo y Apellidos:		No. de Identificación:	
Fecha de Nacimiento:	Tel. de Habitación:	Tel. Celular:	Fecha ingreso MSD:
No. De Empleado:	E-mail de MSD:		
Nacionalidad:	E-mail personal: _____		
Entidad local: <input type="radio"/> MSD RDC Costa Rica <input type="radio"/> MSD Central América Services			

#### DIRECCIÓN DE DOMICILIO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN BANCARIA:

No. De Cuenta Bancaria	No. De Cuenta IBAN (SINPE)	Nombre Entidad Bancaria

#### AUTORIZACIÓN DEL ASOCIADO (A)

Solicito por este medio a la Junta Directiva de ASOMSD y Afines se me acepte como miembro de dicha Asociación, por lo que me comprometo a acatar y cumplir con lo establecido en sus Estatutos y Reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su organismo director. En caso de aceptación como miembro de la Asociación, autorizo a MSD Central América Services, S.R.L, con cédula jurídica No. 3-012-647540 o a la entidad MSD RDC Costa Rica, S. R. con cédula jurídica 3-102-734540, para que me sea deducido de mi salario el 5% mensual como cuota de ahorro que me acredita como asociado (a) ASOMSD y Afines. Así mismo, autorizo a que se realicen todas las deducciones por concepto de ahorros voluntarios, cancelar o abonar las obligaciones adquiridas con ASOMSD y Afines.

Acepto con entera facultad y conocimiento que los beneficios que la Asociación me otorga como asociado (a) terminan una vez que deje de ser socio asociado (a), pudiendo la Asociación dar por rescindido unilateralmente cualquier contrato o compromiso firmado por ambas partes, sin previo aviso o responsabilidad de su parte.

El asociado acepta y consiente que en caso de un eventual fallecimiento, todos sus Aportes Obrero y Patronal, así como ahorros voluntarios; serán depositados ante la autoridad Judicial que corresponda; esto según el Artículo No. 21, inciso "e", de la Ley de Asociaciones Solidarista No. 6970; y Artículo No. 85, del Código de Trabajo de Costa Rica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Día-Mes-Año

#### PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

La presente solicitud es recibida por ASOMSD y Afines:

Firma de Miembro Junta Directiva: \_\_\_\_\_

Firma de Administradora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_