

SOLICITUD DE AFILIACION

Nuevo Ingreso: Reingreso: Fecha: _____

Yo, _____ portador de la cédula de identidad, _____ Solicito a la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de Arthrocare SRL, se me acepte como miembro de dicha entidad. Con ello me comprometo a respetar y acatar lo que establecen sus Estatutos y Reglamentos, así como las disposiciones que emanen de su órgano director.

A la vez autorizo a la empresa Arthrocare Costa Rica SRL, para la cual laboro, para que me deduzca de mi salario bruto el 5%, como cuota de ahorro el cual me acredita como asociado,

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Teléfonos: _____ Estado Civil: _____

Fecha Ingreso a la Compañía: _____ Departamento: _____

Ocupación: _____ Planilla: _____

Correo Electrónico: _____

AHORROS

(Cuota mínima ₡1.000)

Navideño: ₡ _____ Marchamo: ₡ _____

Estudiantil: ₡ _____ Flexi: ₡ _____

INFORMACION DE IMPORTANCIA

1. Los datos aquí consignados son confidenciales, serán archivados y solo serán revelados por la Oficina Administrativa de Asoarthrocare, al colaborador que suscribe este documento y/o sus beneficiarios.
2. Cualquier aclaración sobre el llenado de este formulario o explicaciones mayores acerca de la operación del ahorro, puede consultar a cualquier miembro de Junta Directiva o en las oficinas administrativas de Asoarthrocare, a los teléfonos 2508-2838, 2209-4251, 2209-1657.
3. Información de su familia. Esposa (o) e hijos(as)

Nombre	Parentezco	Teléfono	Sexo (M-F)

En caso de fallecimiento del asociado, la devolución de sus ahorros y aportes se regirá según lo estipulado en el Artículo 85 Inciso d, del Código de Trabajo.

Art.85 Inciso d, Código de Trabajo.

Podrán ser reclamados por cualquiera de los parientes con interés que se indican posteriormente, ante la autoridad judicial de trabajo que corresponda, Estas prestaciones serán entregadas por aquella autoridad a quienes tuvieren derecho a ello, sin que haya necesidad de tramitar juicio sucesorio para ese efecto y sin pago de impuestos.

Esas prestaciones corresponderán a los parientes del trabajador, en el siguiente orden

- a. Al consorte y los hijos menores de edad o inhábiles
 - b. Los hijos mayores de edad y los padres, y
 - c. Las demás personas que conforme a la ley civil tienen el carácter de herederos.
4. En caso de que el asociado sea soltero, favor de indicar el nombre de los padres, o la (s) personas que conforme a la ley es heredero.

Nombre	Parentezco	Teléfono	Edad	% a Distribuir

FIRMA NUEVO ASOCIADO