



INSCRIPCIÓN A EMERGENCIAS MÉDICAS EMI Y AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS DE SALARIOS



ASOCIADO FODEOCCI

| | | | | | |
|---|---------------|--|--|---------------------|-----------------|
| Primer Apellido: _____ | | Segundo Apellido: _____ | | Nombres: _____ | |
| Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> N° _____ | | Fecha de Nacimiento: (AAAA / MM / DD) _____ | Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> | Estado Civil: _____ | Teléfono: _____ |
| Dirección: _____ | Ciudad: _____ | Empresa: _____ | | Email: _____ | |

Solicito mi afiliación a Emergencia Médica Integral EMI, adicionalmente a mis beneficiarios cuyo grado de parentesco y edades doy fe que son ciertas. (Relacionar en el siguiente cuadro el titular y los beneficiarios del servicio).

BENEFICIARIOS

| NOMBRES | APELLIDOS | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | Nº DE DOCUMENTO | PARENTESCO | EPS |
|---------|-----------|------|---------------------|-----------------|------------|-----|
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |
| | | | (AAAA/MM/DD) | | | |

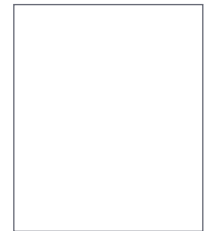
NOTA:

Declaro que conozco y acepto las condiciones reglamentarias que debe cumplir como Asociado deudor de FODEOCCI. La pérdida de calidad como asociado, por cualquier causa, ocasionara mi retiro del registro de Asociados y por ende la presente solicitud perderá su vigencia.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS DE NÓMINA

Autorizo al departamento de nómina de mi empresa para que, en caso de que esta solicitud sea aprobada y contabilizada a mi favor, efectúe los descuentos de mi nómina y en el evento de mi retiro por cualquier causa, desde ahora autorizo al mismo para deducir del valor de mis prestaciones sociales y de cualquier otro pago a mi favor, el saldo insoluto de las deudas.

FIRMA DEL SOLICITANTE



Huella índice derecho

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FODEOCCI

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|---|
| Fecha del Estudio: _____ | Acta N° _____ | Aprobado <input type="radio"/> Negado <input type="radio"/> |
| Organismo que Aprueba: _____ | Firma Autorizada: _____ | |