



FORMULARIO INCORPORACIÓN

Yo, _____

Cédula de Identidad N° _____ Estado Civil, _____

Domiciliado en _____

Teléfono _____, solicito se me incorpore como miembro activo de la Asociación Nacional de Funcionarios del Servicio Médico Legal, con todos los beneficios y deberes que esto implica, por lo tanto autorizo el descuento correspondiente a contar del mes de _____.

Además, deseo que se me descuente por concepto de abogado de la asociación. SI No

Firma

Santiago, _____

NOTA: Este formulario debe ser entregado a la Secretaria Nacional Sra. Cremilda Huerta Cofré, Fono 7823526