



FORMATO DE ADHESION A LA CAJA DE AHORRO Y PRESTAMOS DEL S.N.T.S.A. SECCION 43 DEL ESTADO DE SONORA.

Por medio de la presente, otorgo mi pleno consentimiento para ser socio de la Caja de ahorro y Préstamos misma que es parte integral del Fondo Sindical Mutualista del S.N.T.S.A., Sección 43, con el fin de tener acceso a todos mis derechos y obligaciones que el Reglamento contempla.

Por lo que acepto que la Secretaria de Salud, descuenta de mis ingresos, el 4% (cuatro por ciento), de mi sueldo base (concepto 07), a partir de la _____ quincena del mes de _____ del 20____. Para lo cual proporciono mis datos siguientes:

NOMBRE: _____ .

R.F.C. _____ **CLAVE PRESUPUESTAL:** _____ .

TIPO DE NOMBRAMIENTO: _____ **ADSCRIPCION:** _____ .

TEL. PARTICULAR: _____ **OFICINA:** _____ **CEL:** _____ .

BENEFICIARIOS CON PORCENTAJE:

NOMBRE:	PARENTESCO:	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lugar y Fecha: _____

ATENTAMENTE

FIRMA _____

NOMBRE: _____