



ASOCIACION MUTUAL UNION FERROVIARIA

Resolución I.N.A.M. N° 241 - 06/06/86

Registro Nacional de Mutuales Matrícula N° 791

Avenida Independencia N° 2845 4° Piso - (C1225AAK)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires - www.mutualuf.ar

FORMULARIO DE SOLICITUD PROVISION DE LECHE MATERNIZADAS Y MEDICAMENTOSAS

DATOS DEL ASOCIADO MUTUALISTA

N° SOCIO:

APELLIDO:

C.U.I.L.:

NOMBRES:

D.N.I.:

Tel. Fijo:

Celular:

E-mail:

Domicilio:

Calle:

N°:

Piso:

Dpto:

C.P.:

Cuerpo:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Fecha de Nacimiento: / /

Estado Civil:

Sexo:

Nacionalidad:

CBU:

ALIAS:

DATOS DEL LACTANTE

APELLIDO Y NOMBRES:

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento: / /

REQUISITOS

El Beneficiario deberá acompañar a la solicitud fotocopias de:

Último recibo de haberes.

Certificado médico correspondiente.

Pantalla CBU/ ALIAS.

Presentar solicitud con 30 días de anticipación al cumplimiento del primer año de vida.

Lugar y Fecha:

Aclaración:

FIRMA