



Asociación Nacional de Administradores  
De Servicios de Salud y Afines del Seguro Social  
Fax. 2256-5769  
www.anasass.com

---

### **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Yo: \_\_\_\_\_

Cédula N. \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la C.C.S.S. : \_\_\_\_\_

En propiedad

Interino

En plaza de: \_\_\_\_\_

Desempeño el cargo de \_\_\_\_\_

En (Hospital – Área de Salud-, etc.) \_\_\_\_\_

Unidad Progr: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Tel Ofic. \_\_\_\_\_ Tel. Hogar: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

CorreoElect.: \_\_\_\_\_ Celular: (opcional) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Solicito a la Junta Directiva de ANASASS me acepte como afiliado de dicha Asociación. Me comprometo a respetar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones de Junta Directiva. A la vez autorizo a la Asociación Nacional de Administradores de Salud y Afines del Seguro Social (ANASASS) para que deduzca de mi salario la cuota mensual de ¢10,000.00, la cual me acredita como afiliado.*

Firma \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
:.....

#### **PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA**

APROBADA \_\_\_\_\_ RECHAZADA \_\_\_\_\_

SESION NÚMERO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

■  
\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente