



Asociación Nacional de Administradores
De Servicios de Salud y Afines del Seguro Social
Fax. 22604087
anasass.asociacion@gmail.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: _____

Correo elect.: _____ Celular: (opcional) _____

Fecha de nacimiento _____

Asociado quien afilia

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 ¢12,000.00, la cual me acredita como afiliado.

Firma _____ Cédula: _____ Fecha: _____

.....

PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA

APROBADA _____ RECHAZADA _____

SESION NÚMERO _____ FECHA _____

Firma del Presidente