



Obra Social de Mecánicos del Transporte Automotor

REGISTRO INOS NUMERO 11.190/2

Av. Belgrano 865

(1092) Capital Federal

Línea Conmutador Tel.: 340-7400

FICHA DE INGRESO **B**

En mi carácter de beneficiario actual de la Obra Social solicito ingresar a esta OBRA SOCIAL COMO BENEFICIARIO TITULAR DEL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO. A tal efecto detallo mis datos personales y los de mis familiares a cargo.

FOTO

A. DATOS DEL TITULAR

CUIL N°

Cód.	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Número Interno	T.A.	Cód. Secc.	Código O.S. Anterior	Cód. Empresa

Apellido	Nombres	Sexo

Cód.	Nacionalidad	Cód.	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Ing. SMATA

Domicilio Particular - Calle	Número	Piso	Depto.	Cód. Post.	T.E. Particular

Cód.	Localidad	Cód.	Partido	Cód.	Provincia	C. Asist.

Empresa donde Trabaja	Sección	Legajo	Adhe	Domicilio Empresa

Cód.	Localidad	Cód.	Provincia	Tipo	Tipo de Empresa	Fecha Ing. Emp.

CUIT EMPRESA	T.E. Empresa

OBRA SOCIAL ANTERIOR.....	Solicitud
	Accepted

B. DATOS DE LOS FAMILIARES A CARGO

Tipo Doc.	Número de Documento CUIL N°	Est.	Imp.	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año

Cód.	Familia	Apellido	Nombre	Cód.

Tipo Doc.	Número de Documento CUIL N°	Est.	Imp.	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año

Cód.	Familia	Apellido	Nombre	Cód.

Tipo Doc.	Número de Documento CUIL N°	Est.	Imp.	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año

Cód.	Familia	Apellido	Nombre	Cód.

Atento a lo establecido en la Ley Nro. 23.660 solicito mi empadronamiento y el de los familiares declarados, como beneficiarios de esa OBRA SOCIAL.CONSTE.....

LUGAR.....FECHA.....

FIRMA Y ACLARACION DEL TITULAR

.....
.....