



Sociedad Italiana
de Socorros Mutuos de Campana

INSCRIPCION SOCIO ADHERENTE

Apellido y Nombre:

D.N.I:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión:

Obra Social:

Teléfono de contacto:

E-mail:

Campana,..... de..... de 20

Para tener derecho al servicio contratado se requiere tener pago la primera cuota.

Los descuentos ofrecidos son:

- 15% en venta bajo receta SOLO EN MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS POR SU COBERTURA PRINCIPAL.
- 10 % en medicación de venta libre , perfumería y accesorios

Declaro conocer y aceptar que al tercer mes sin abonar la cuota social se procederá a la baja del servicio informándose la misma al contacto declarado en esta solicitud. (Teléfono o mail, indistintamente).

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
Nº DOCUMENTO