Santiago, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Sres.

Directorio

Sindicato Banchile Inversiones

Pasaje Huérfanos 640 B of.21, Santiago

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente instrumento formalizo ante ustedes mi decisión de afiliarme al Sindicato Banchile, autorizándoles expresamente para que, en caso de ser aceptada mi solicitud, requieran mensualmente a mi empleador el descuento por concepto de cuota sindical ordinaria.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sucursal u Oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Ingreso Banchile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

Pasaje Huérfanos 640 B Oficina 21 Santiago

Celular: +56 939115884

Email: Contacto@sindicatobanchile.cl

Web: [ww2.sindicatobanchile.cl](http://www.sindicatobanchile.cl/)

FICHA DE SOCIO(A)

|  |
| --- |
| Rut |
|  |

|  |
| --- |
| Nombre Completo |
|  |

|  |
| --- |
| Fecha de Nacimiento |
|  |

|  |
| --- |
| Nivel de Estudio |
|  |

|  |
| --- |
| Profesión |
|  |

|  |
| --- |
| Oficina |
|  |

|  |
| --- |
| Unidad |
|  |

|  |
| --- |
| Cargo |
|  |

|  |
| --- |
| ANEXO |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TELEFONO PARTICULAR |  | CELULAR |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| EMAIL BANCHILE |
|  |

|  |
| --- |
| EMAIL PARTICULAR |
|  |

|  |
| --- |
| DIRECCION PARTICULAR |
|  |

|  |
| --- |
| COMUNA |
|  |

|  |
| --- |
| CIUDAD |
|  |

|  |
| --- |
| ESTADO CIVIL |
|  |

|  |
| --- |
| S: SOLTERO C: CASADOSE: SEPARADO O: OTRO |

|  |
| --- |
| VIVIENDA |
|  |

|  |
| --- |
| A: ARRIENDOP: PROPIAO: OTRO |

|  |
| --- |
| CONTRATADO |
|   |

CB/AGF

|  |  |
| --- | --- |
| CARGAS FAMILIARES |  |

|  |
| --- |
| GRUPO FAMILIAR |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | PARENTESCO | F. NACIMIENTO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |