

INSCRIPCIÓN PLAN SALUD SOLIDARIO

FECHA:

DATOS PERSONA NATURAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° : <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P		ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	OCUPACIÓN:	SEXO: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
PAIS DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	NIVEL DE ESTUDIO:	
PROFESIÓN:	AÑOS EN EL PAIS:	N° DE PERSONAS BAJO SU CARGO:	
N° DE HIJOS:	TELEFONO CELULAR:	CORREO ELECTRONICO:	

DOMICILIO ACTUAL

AVENIDA O CALLE:		ESQUINA, CASA O QUINTA:	
N° PISO:	N° APARTAMENTO:	URBANIZACIÓN O PARROQUIA:	
PAIS:	ESTADO:	CIUDAD:	
MUNICIPIO:	ZONA POSTAL:	TELEFONO FIJO:	

PERFIL LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:		CARGO ACTUAL:	TELEFONO DE OFICINA:
EMPRESA PROPIA: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	N° DE RIF:		ACTIVIDAD ECONOMICA :

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR

(SOLO EN CASO DE AFILIAR A OTRA PERSONA DE SU NUCLEO FAMILIAR)

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	CEDULA DE IDENTIDAD	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN

METODO DE PAGO

<input type="radio"/> TRANSFERENCIA BANCARIA (USD)	<input type="radio"/> TRANSFERENCIA BANCARIA (EUROS)
<input type="radio"/> DEPOSITO BANCARIO (USD)	
<input type="radio"/> TRANSFERENCIA BANCARIA (BOLIVARES)	MONTO: ()

FIRMA