



Solicitud de Afiliación

ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE IREX DE COSTA RICA S.A. Y AFINES (ASOIREX)

Teléfonos 2279-0515 / 2278-0512 Concepción de Tres Rios, Cartago

Fecha : _____

Yo: _____	Cédula identidad: _____
Dirección exacta domicilio: _____	
Teléfonos: _____, _____	
Fecha nacimiento: _____	
Nacionalidad : _____	
Departamento: _____	
Puesto : _____	
Ext. Depto : _____	

LABORA PARA:

() Irex de Costa Rica

() Distribuidora Irex

() Aduanera Irex

() División Alimentos

() Fincas y Finanzas

() Serviindoor

Con la firma solicito a la Junta Directiva de ASOIREX, que me acepten como miembro de dicha Asociación Solidarista, por lo que me comprometo a aceptar y respetar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones que determinen sus órganos de administración, conforme a la Ley 6970.

Además autorizo a Irex de Costa Rica S.A., Distribuidora Irex S.A., Irex Aduanera S.A., Irex División Alimentos, Serviindoor o Fincas y Finanzas, para que me deduzcan de mi salario el 8.33%, correspondiente a la cuota de Ahorro personal, la cual me acredita como asociado (a).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Declaro que designo como beneficiarios para mis ahorros no comprometidos con la Asociación Solidarista, o algún saldo a favor de la póliza de saldos deudores, a:

Nombre de la persona	Parentesco	% de Designación

Quedo claro y acepto que en caso de fallecimiento, los recursos de aporte patronal, ahorros acumulados o Dividendos a mi favor, seguirán el trámite de liquidación conforme a las Leyes de Costa Rica.

DATOS DE FAMILIARES DEL ASOCIADO

Nombre del Conyugue: _____ Cédula: _____

Nombre de la Madre : _____ Cédula: _____

Nombre del Padre : _____ Cédula: _____

Nombre del hijo (a)	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo (F) o (M)

Nota: Si sus hijos son menores de 13 años, se deberá presentar constancias de nacimiento para la respectiva inclusión.

Firma del Colaborador: _____

Nota: Favor llenar y firmar datos de Póliza de Vida al dorso