



PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SERVICIO MEDICO PREVISIONAL  
SEMPRE

**PLANILLA DE ADHESION**

**DATOS DEL AGENTE**

APELLIDO Y NOMBRES	
--------------------	--

Nº AFILIADO	
----------------	--

NUMERO DE CUIL	
-------------------	--

**DATOS DEL CARGO**

ESTABLECIMIENTO	
-----------------	--

PERIODO DE DESIGNACION

DESDE	
-------	--

HASTA	
-------	--

**OPCION DE OBRA SOCIAL**

<input type="checkbox"/>	ACEPTO DESCUENTO DE OBRA SOCIAL SEMPRE
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	NO ACEPTO DESCUENTO DE OBRA SOCIAL SEMPRE
--------------------------	---

.....  
FIRMA DEL AGENTE

**CERTIFICACION DE CARGO**

.....  
SELLO INSTITUCIONAL

.....  
FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD