FORMULARIO 100

ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA - ROSARIO

Mendoza 2667 - Tel. 4406680 - 4407220 - S2000PBI - ROSARIO

Total a ingresar:	Caja Compensadora (Aporte Afiliado)	Actividad/Cuota Sindical (Aporte Afiliado)	Contribución Solidaria (Aporte No Afiliado)	Fondo Conv. Patronal (Excluye CCT.609-835)	Aporte Extraordinario (Contrib. Patronal Ext.)	Fdo. Ap. Ext. Art.71 CCT.1301 E

Sres.: **MES:** **ANO:** **N° Inscripción ATSA:** **CUIT:**

Domicilio: **Localidad:**

APELLIDO Y NOMBRE	N° AFIL.	CUIL	CONV.	CAT.	REMUN. BRUTA	Caja Comp.	Act./Cuota Sindical	Cont. Solidaria	Fdo.Conv. Patronal	Ap. Extr.	Fdo.Ap.Ext. Art.71
Totales											

Fecha: Rosario, _____ de _____ de _____

Sello, Firma y Aclaración