



TARJETA DE AFILIACIÓN
SINDICATO DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES DE FARMACIA
DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
“SINTAF”

El (La) suscrito(a).....
N° de Cédula.....Tel. Trabajo.....
Correo Electrónico.....Tel. Celular.....
Lugar de Trabajo.....
Título de Puesto.....
Fecha de Ingreso a la C.C.S.S.....

Solicito y acepto mi afiliación al sindicato SINTAF, por lo que autorizo que se deduzca el 1.25% de mi salario bisemanal que devengo en la Institución, y se entregue al representante autorizado del sindicato.

Así mismo autorizo al SINTAF para enviar a mi celular mensajes de textos referentes a temas propios del Sindicato.

FIRMA

LUGAR Y FECHA