



## **SOLICITUD DE AFILIACION A LA ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU - AMSP**

**SEÑOR:**  
**PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU – AMSP.**

Presente. -

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_  
siendo Trabajador de la Base \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_  
del Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Ante Ud. me presento y expongo:

Que, al amparo de lo dispuesto por el Artículo 2° incisos 13, 14,15 y 24 literal a), el Artículo 23° y 24° y demás pertinentes de la Constitución Política del Perú, así como del Artículo 9°, 11° y 13° inciso a) del Estatuto de la AMSP, y concordante con las demás normas legales pertinentes del Código Civil; a través del presente documento, **SOLICITO SER ADMITIDO COMO ASOCIADO ACTIVO DE ESTA ASOCIACIÓN**, comprometiéndome a respetar y/o cumplir con las obligaciones que impone su Estatuto y sus Reglamentos internos.

**OTROSI DIGO:** Que, asimismo estoy adjuntando mi **CARTA DE AUTORIZACION PARA EL DESCUENTO MENSUAL DE MIS APORTES** a través de la Planilla Única de Pagos, con la cual **AUTORIZO** al funcionario que corresponda para que proceda a efectuar el **DESCUENTO MENSUAL** de mi **APORTE y/o CUOTA** respectiva a favor de la **"AMSP"**, declarando que me encuentro instruido (a) sobre los Auxilios, Beneficios y Servicios que brinda ésta en favor de sus Asociados.

Por lo expuesto, solicito acceder a mi solicitud

Sin otro en particular

Atentamente.

Fecha: \_\_\_\_\_ 202\_

\_\_\_\_\_  
(Firma Idéntica al DNI)

**Nombres:**  
**DNI:**  
**Teléfono:**  
**Email:**

