



FEDERACIÓN DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES SORIANAS

SOLICITUD DE ADHESIÓN

D. _____ en representación de la empresa _____
_____ con NIF _____
con domicilio en _____
en _____, y nº de teléfono _____

Por medio del presente se adhiere como beneficiario al **Acuerdo de Colaboración suscrito entre ASISA y FOES**, por el cual se beneficia de condiciones especiales en la contratación de seguro médico privado, y para que así conste, firma el presente documento.

En Soria a _____ de _____ de 200__

La contratación de seguro médico privado se solicita para _____ personas (*detallar relación/parentesco*):

OBSERVACIONES (edad, sexo, nº de personas,...)

Trabajador	<input type="checkbox"/>	_____
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	_____
Hijo	<input type="checkbox"/>	_____
Padre	<input type="checkbox"/>	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	_____
Hermano	<input type="checkbox"/>	_____

Abono de primas: Anual Semestral Bimestral

Contratación de póliza dental: Si No

DATOS A CUMPLIMENTAR POR FOES

D. _____, actuando en nombre y representación de FOES,
CERTIFICA que la empresa _____,
según consta en nuestros archivos, es miembro de esta Federación.

Y para que conste y surta los efectos oportunos en relación con el Acuerdo de Colaboración suscrito con ASISA, firma la presente Declaración.

Soria, _____ de _____ de 200__

Firma y sello de FOES