



amfestrám

La Mutual de los Municipales y Comunales
de la Provincia de Santa Fe

Asociación Mutual, Federal y Social de los Trabajadores Municipales
Matrícula Instituto Nacional de Acción Mutual N° 935
Inscripción Dirección Provincial de Mutualidades N° 769

Av. Freyre 1635 - (3000) Santa Fe
Tel. 0342 4585400 / 4598313 / 4597832 / Fax: 0342 4585355
☎ 3424663331 ☎ 3424680002 ☎ 3425233266 📧 /mutual amfestrám
info@amfestrám.org.ar /// www.amfestrám.org.ar

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINTEGROS Y SUBSIDIOS

Fecha de Solicitud:

Socio N°:

N° de Trámite:

SOCIO TITULAR

Categoría: Activo:

Pasivo:

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

N°:

C.P.:

Localidad:

Municipalidad / Comuna de:

Antigüedad:

Tel. Laboral:

Tel. Part.:

Cel.:

Email:

Facebook:

En caso de los Socios Pasivos: Caja de Jubilaciones:

DATOS DEL DESTINATARIO DEL BENEFICIO

(1) En caso de ser **SOCIO TITULAR** marque con una cruz

(2) En caso de ser **SOCIO ADHERENTE y/o FAMILIAR** complete los datos.

| Apellido y Nombre: | D.N.I. | Fecha Nacimiento | Parentesco con el Socio Titular |
|--------------------|--------|------------------|---------------------------------|
| | | | |

DATOS DEL REFERENTE LOCAL DE LA MUTUAL AMFESTRAM

Nombre y Apellido:

Lugar:

Tel. Fijo:

Cel.:

Email:

IDENTIFICACIÓN DEL SUBSIDIO y/o REINTEGRO SOLICITADO

(x) Marque con una cruz

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bolsón por nacimiento | <input type="checkbox"/> Subsidio por nacimiento o adopción | <input type="checkbox"/> Subsidio por casamiento |
| <input type="checkbox"/> Subsidio por fallecimiento | <input type="checkbox"/> Subsidio por fallecimiento por muerte accidental | <input type="checkbox"/> Reintegro por anteojos |
| <input type="checkbox"/> Calzado o plantilla ortopédica | <input type="checkbox"/> Ortesis - Aparatos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Reintegro traslado en ambulancia |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento por razones de salud | <input type="checkbox"/> Reintegros por anestesia total | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |

IMPORTANTE

ESTA PLANILLA, SE AGREGA A LOS REQUISITOS EXIGIDO PARA SOLICITAR LOS SUBSIDIOS Y REINTEGROS

Firma del Titular

Aclaración de la firma

D.N.I.

CONTROL INTERNO DE LA MUTUAL AMFESTRAM SOBRE ENTREGA DE SUBSIDIOS y REINTEGROS

Fecha de ingreso del trámite a la Mutual:

Nombre y apellido de responsable de la Mutual que cumplimentó el trámite:

Fecha de Liquidación:

Seguimos Trabajando y Creciendo con Convicción Solidaria