



SiReLyF
SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA

FORM
A7

**SERVICIO FUNERARIO
TALÓN DE ADHESIÓN**

FECHA / /

www.sirelyf.org

DATOS DEL SOLICITANTE N° DE AFILIADO.....SECCIONAL/ SUBSECCIONAL.....

APELLIDO.....NOMBRES..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

FECHA DE NACIMIENTO DE AÑO

DOMICILIO N° PISO/DPTO BARRIO

LOCALIDAD..... TELÉFONO (FIJO/MÓVIL).....

Solicito ser incluido en los Servicios Funerarios con el siguiente Grupo Familiar:

PERSONAS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO DEL AFILIADO (1) Acompañar fotocopia documento de identidad de todos las personas declaradas

	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	OBSERVACIONES (1)
ESPOSA O CONVIVIENTE				
HIJO/A				

Declaro que los datos proporcionados son reales y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original .

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN

Declaro que la/s firma/s que antecede/n ha/n sido realizada/s ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mi.

FIRMA SECRETARIO
SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

ACLARACIÓN