



Asociación Nacional de Enfermería (ASONAEN)

Unidad, Lucha y Solidaridad

FORMULARIO DE AFILIACION

Yo _____, Cedula de Identidad y Electoral No. _____, autorizo se me descuente la cuota sindical de RD\$200.00 pesos mensuales, por concepto de afiliación de la Asociación Nacional de Enfermería y (ASONAEN).

- TEL: _____ CEL: _____
- DIRECCION PERSONAL: _____
- PROFESION: _____
- CENTRO DE SALUD _____
- PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____
- FECHA DE AFILIACION: _____

FIRMA SOLICITANTE

**C/ Galván No. 14, Esq. Pedro Henríquez Ureña, Gazcue D.N. Rep. Dom.
Telf. 809-333-8361. www.asonaen.com; asonaendominicana@gmail.com;
facebook.com/asonaen; @asonaen; youtube/asonaen**