

**PETICIÓN DE RENOVACIÓN AFILIATORIA**

Resolución 623/97

**Sr Presidente:**

El que suscribe solicita la renovación de afiliado/s a cargo, y cuyos datos se anuncian más abajo

<b>AFILIADO DIRECTO:</b>
Nombre y Apellido:
Número de afiliado:
Lugar de Trabajo (en caso de ser obligatorio):

<b>AFILIADO A CARGO:</b>
Fecha de Nacimiento:
DNI N°:

<b>AFILIADO A CARGO:</b>
Fecha de Nacimiento:
DNI N°:

<b>AFILIADO A CARGO:</b>
Fecha de Nacimiento:
DNI N°:

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente de IOMA\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado Directo\_\_\_\_\_  
Aclaración