



**SERVICIO MUTUO DE ASISTENCIA SOCIAL PARA
FUNCIONARIOS Y EX FUNCIONARIOS DE OSE
CON PERSONERÍA JURÍDICA
Por resolución del Ministerio de Educación y Cultura de 7/10/87**

FECHA:/...../..... - Departamento:..... Localidad:.....

Nombre: C.I.:

Dirección Particular:

Tel. Part.: Cel.: Mail.:

El titular, funcionario de la Administración de Obras Sanitarias del Estado,

Sr./a.: Padrón: solicita por la presente su afiliación
COMÚN ☐ ESPECIAL ☐ al SERMASFOSE que se registrá por las normas legales y estatutos aprobados por la Asamblea
Constitutiva el 11/10/85 (Art. 47) y por la cual autorizo a O.S.E. / O.S.E - U.G.D. a efectuar las retenciones sobre todos mis
haberess que sean solicitadas por SERMASFOSE.

Declaro conocer y aceptar el Estatuto Social de SERMASFOSE, así como Reglamentos aprobados por la Asamblea y el
Consejo Directivo.

Autorizo a las Obras Sanitarias del Estado a que proporcione a Sermasfose toda la información relativa a mis haberess, en los
términos de la ley 18.331.

**ASIMISMO ME COMPROMETO Y ACEPTO PERMANECER AFILIADO POR UN PLAZO MÍNIMO DE UN AÑO, EN CASO
DE NO USUFRUCTUAR NINGUNO DE LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR SERMASFOSE. EN CASO DE SOLICITAR
PRESTAMOS SE DEBERÁ PERMANECER AFILIADO POR UN PLAZO MÍNIMO DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA
CANCELACIÓN DE LOS MISMOS**

Socio presentado por:.....

FIRMA