SINDICATO ZAPOPAN O.P.D.
SERVICIOS DE SALUD DE ZAPOPAN
CÉDULA DE AFILIACIÓN

No. DE EMPLEADO_____ No. DE FOLIO_____

NOMBRE_____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

ESTADO CIVIL_____ FECHA DE NACIMIENTO_____

UNIDAD: *H.G.Z.* ( ) *NORTE* ( ) *SUR* ( ) *VILLA GPE.* ( ) *FEDERALISMO* ( )

FECHA DE INGRESO AL O.P.D._____ PUESTO_____

DOMICILIO PARTICULAR_____
Calle Número

_____ TELÉFONO _____
Colonia Municipio Número

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN LA PRESENTE CÉDULA DE AFILIACIÓN SON CIERTOS. ASIMISMO MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ME SEA DESCONTADO EL 1% DE MI SALARIO COMO APORTACIÓN SINDICAL Y MI COMPROMISO EN CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LOS ESTATUTOS DEL SINDICATO.

ZAPOPAN, JALISCO A ___ DE _____ DEL 200__

ATENTAMENTE

_____
FIRMA