DECLARACIÓN DE CAPITALIZACIÓN DE CASMU IAMPP

Por la presente declaro que:

1. Soy socio del Sindicato Médico del Uruguay y trabajador de CASMU Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales sin Fines de Lucro (en adelante, “CASMU IAMPP”).

2. Manifiesto mi consentimiento para capitalizar CASMU IAMPP asumiendo la calidad de asociado de dicha institución, mediante la capitalización como aporte obligatorio del crédito equivalente al 11% de mi salario, por el lapso de dos años, el cual a la fecha de la presente declaración, asciende al monto mínimo total que se establece a continuación. Este monto podrá verse incrementado en función de las variaciones derivadas de ajustes salariales que resulten aplicables en el futuro:

IMPORTE:
EN LETRAS:

3. A los efectos de integrar el capital, en cumplimiento de la suscripción mencionada, autorizo irrevocablemente a CASMU IAMPP a retener mensualmente de mi remuneración el 11% correspondiente. Asimismo, declaro que integran la presente capitalización las retenciones del 11%, ya efectuadas por CASMU IAMPP sobre mi salario.

4. He sido informado del alcance de la presente capitalización, así como de los derechos y deberes que me asisten como asociado de CASMU IAMPP y solicito mi inscripción en el Registro de Socios de la institución.

5. En señal de conformidad firmo la presente en señal de aceptación:

NOMBRE:

C.I.: -

Nº DE SOCIO SMU:

DOMICILIO:

En Montevideo, el ……..…… de …….

Firma: ……