

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Información del solicitante

Apellido Paterno		Apellido Materno	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre		DNI / C.E.	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	/ /
Sexo	Estado Civil		
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
Teléfono de casa		Teléfono de oficina	Celular
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección		Distrito	Ciudad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail			
<input type="text"/>			

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	DNI / C.E.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Descripción del producto (Para ser llenado por Felizmente)

Plan Corporativo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>
Plan Individual <input type="checkbox"/>	Plan Nuevo <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>

Información de pago

Tipo de pago a realizar: Efectivo Depósito Tarjeta

Cta. Corriente en soles SCOTIABANK N° de afiliados TOTAL A PAGAR

Fecha Firma