



Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba

Fundada el 19 de Febrero de 1949
Inscripta bajo el N° 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)
Personería Jurídica, Decreto N° 5929 Serie "A" del Gobierno de Córdoba
Adherida a CAM y COLACOT



Independencia 387 Edificio Victoria Torre 1 PB Ofic. 1 Tel. 0351 4257941/ 4248781 CPX 5000 ACK Córdoba

Ficha de Afiliación

Sr. Presidente

FEDERACIÓN PROVINCIAL DE MUTUALIDADES DE CÓRDOBA

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. a fin de presentar la siguiente **Solicitud de Afiliación** de nuestra entidad, cuyos datos consignamos más abajo. Asimismo adjuntamos copias certificadas de la siguiente documentación:

- Estatuto social
- Nómina de Consejo Directivo
- Certificado de Matrícula otorgada por INAES
- Reglamento Aprobados
- Último Balance
- En caso de tener el Servicio de Ayuda Económica fotocopias de los últimos Anexos de la Resol. INAES 1418, enviados al órgano de control.

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente.

Secretario

Presidente

Nombre de la entidad:

Domicilio: Localidad:

C.P.: Teléfono: E-mail:.....

Matrícula N°: Fecha de Fundación:.....

Cantidad de Asociados: Activos: Adherentes:

Participantes: Cuota Social:

Servicios que presta:

.....

.....

Delegados de la Federación:

.....

USO INTERNO

Entró: Tratado en Reunión de Junta

N°: Libro N°: Folio N°:



Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba

Fundada el 19 de Febrero de 1949
Inscripta bajo el N° 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)
Personería Jurídica, Decreto N° 5929 Serie "A" del Gobierno de Córdoba
Adherida a CAM y COLACOT



Independencia 387 Edificio Victoria Torre 1 PB Ofic. 1 Tel. 0351 4257941/ 4248781 CPX 5000 ACK Córdoba

RELEVAMIENTO DE ENTIDADES MUTUALES DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

Fecha: ___/___/___

Datos del Encuestador:

DATOS INSTITUCIONALES

Nombre de la Mutual:

Número de Matrícula:

Domicilio:

Localidad: Cód. Postal:

Departamento: Tel:

Fax: E-mail:

Fecha de Fundación: Cantidad de Asociados:

Fecha de Cierre de Balance: Horario de atención:

Presidente: Secretario:.....

Tesorero: Gerente:

SERVICIOS

A- DE CARACTER ECONOMICO

	PROPIO	CONTRATO	P/CONVENIO
A1 Ayuda Económica
A2 Casas de Comercio
A3 Proveeduría Art. Consumo
A4 Proveeduría Art. Hogar
A5 Vivienda Mutua
A6 Otras
Cuales:			

B- EDUCATIVAS Y CULTURALES	PROPIO	CONTRATO	P/CONVENIO
B1 Académicas
B2 Ayuda escolar
B3 Biblioteca
B4 Capacitación (Cursos)
B5 Escuelas
B6 Guarderías Infantiles
B7 Jardín de Infantes
B8 Publicaciones
B9 Otras
Cuales:			

C- DE LA SALUD	PROPIO	CONTRATO	P/CONVENIO
C1 Asistencia Médica
C2 Sanatorio
C3 Biblioteca
C4 Odontología
C5 Farmacia
C6 Laboratorio
C7 Otras
Cuales:			

D- SERVICIOS ESPECIALES	PROPIO	CONTRATO	P/CONVENIO
D1 Alojamiento Temporario
D2 Deportes y Recreación
D3 Comedor
D4 Gestorías y Asesorías
D5 Hogar de Ancianos
D6 Peluquería
D7 Panteón
D8 Servicios de Sepelio
D9 Turismo			
a) Hoteles
b) Colonias
c) Campamentos
d) Agencias
D10 Otras
Cuales:			

¿Asistiría a un curso de capacitación? SI: NO:

En caso de afirmativo ¿De qué tipo?

- a) Organización y método:
- b) Legislación Mutual
- c) Administrativa
- d) Auditoría y contralor
- e) Cultural
- f) Impuesto, Tasas y Contribución
- g) Recursos Humanos
- h) Mercadotecnia
- i) Otros

Medios de Comunicación con el Asociado

Boletín: Transparente: Carta:Otros:

Cuales:

Medios de Comunicación social que utiliza

Internet:Fax:Radio:TV:Diarios:No utiliza:

Comunicación con el resto del movimiento Mutual

Amplia: Escasa: Nula:

¿Su Mutual está Federada? SI: NO:

¿Cuáles son las razones por las que no está federada?

.....
.....
.....

¿Qué desearía recibir de la Federación? ¿Cuál es su propuesta?

.....
.....

Notas:

.....
.....