



Fecha: ____ - ____ - ____

FICHA DE INSCRIPCION
SINDICATO SITRATCH

Nombre

Rut

☐

Femenino

☐

Masculino

Correo

Teléfono

Fecha de Nacimiento

Dirección - Comuna - Ciudad

Plataforma o Servicio



Firma Socio

Por este acto declaro estar en conocimiento y acepto la extensión de beneficios de Sindicato Sitratch.