Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba

Fundada el 19 de Febrero de 1949
Inscripta bajo el Nº 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)
Personería Jurídica, Decreto Nº 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 Nº 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)
Personería Jurídica, Decreto Nº 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	**PROPIO**	**CONTRATO**	**P/CONVENIO**
A- DE CARACTER ECONOMICO			
A1 Ayuda Económica	…….	…….	…….
A2 Casas de Comercio	…….	…….	…….
A3 Proveeduría Art. Consumo	…….	…….	…….
A4 Proveeduría Art. Hogar	…….	…….	…….

A5 Vivienda Mutual	…….	…….	…….
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: …….

……..

……..