



Sindicato Unico de Empleados
del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado de Sonora

SOLICITUD DE MEMBRESIA SAMS

Comité Ejecutivo 2021-2024

FECHA: _____

Nombre del titular de la membresía: _____

Nombre del empleado a descontar: _____

R. F. C. _____ Teléfono: _____

Centro Laboral: _____

Departamento: _____ Puesto: _____

Número de empleado: _____ Núm. de Pensión: _____

Monto del Préstamo: _____

Son: (_____ M.N)

Fecha de Vencimiento: _____

PAGARE

Con este pagaré, me comprometo y obligo incondicionalmente a pagar a la orden de CAJA DE AHORRO de SUEISSSTESON por medio de descuentos quincenales de \$ _____ durante _____ quincenas. Así mismo manifiesto que en caso de mi situación de trabajador de _____ se modifique por incapacidad o jubilación, autorizo expresamente que la cantidad quincenal comprometida para la caja de ahorro escolar, se descuente de mi cheque de Pensión; además acepto que en caso de separación por renuncia o despido, se me descuente del monto de mi liquidación la cantidad que adeude por este concepto.

Favor de anexar Copia de último talón de nómina y credencial de servicio médico

Nombre y Firma del Trabajador
