



**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