Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados

SOLICITUD NUMERO DE CUENTA PATRONAL DEL SEGURO CHOFERIL

Nombre de Patrono	**Nombre Comercial**
Dirección Postal	**Dirección Física del Negocio**

Naturaleza del Negocio (Indique a qué se dedica el Negocio)

_____

Clase de Negocio (Escoja si es Coorporación o Sociedad)

☐ **Corporación** Nombre _____

_____ _____ _____

Presidente Secretario Vicepresidente

_____

_____ _____

Dirección Teléfono

☐ **Sociedad** Nombre de Socios _____

_____

_____ _____

_____

_____ _____

Dirección Teléfono

Número de empleados para ingresar al Plan

_____

CERTIFICACION

A mi mejor entender, certifico que la información que ofrezco al Programa es la correcta:

_____ _____ _____

Firma del Patrono o Representante Puesto Fecha