

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA GRUPOS - ARHU

Leer las recomendaciones antes de completar

Se pueden inscribir
como mínimo 20 y
como máximo 40
personas.

A

Datos de la Institución

NOMBRE: _____ N° RNI: _____ LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

Datos del responsable de la reserva:

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Datos del centro vacacional

NOMBRE: _____ FECHA A CONCURRIR: Desde _____ Hasta _____

SERVICIO: Desayuno ☐ Media pensión ☐ Pensión completa ☐ (Marque la opción que solicita)

B

	Nombre del titular	CI del titular
1		
2		
3		
4		
5		

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____



PRESTACIONES SOCIALES
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR SOCIAL Y DIGITAL

	Nombre del titular	CI del titular
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

18 de julio 1720 1.º piso **Teléfonos:** 2400 9196 al 99 internos 1720, 1743 y 1749

Correo electrónico: turismosocial@bps.gub.uy



PRESTACIONES SOCIALES
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR SOCIAL Y DIGITAL

	Nombre del titular	CI del titular
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

18 de julio 1720 1.º piso **Teléfonos:** 2400 9196 al 99 internos 1720, 1743 y 1749

Correo electrónico: turismo-social@bps.gub.uy



PRESTACIONES SOCIALES
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR SOCIAL Y DIGITAL

	Nombre del titular	CI del titular	Firma del titular (igual a CI)
35			
36			
37			
38			
39			
40			

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

18 de julio 1720 1.º piso **Teléfonos:** 2400 9196 al 99 internos 1720, 1743 y 1749

Correo electrónico: turismosocial@bps.gub.uy





DATOS DE ACOMPAÑANTES (SI CORRESPONDE)

	Nombre del acompañante	CI del acompañante	Firma del acompañante (igual a CI)	Nombre de la persona a la que se le hará el descuento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____



PRESTACIONES SOCIALES
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR SOCIAL Y DIGITAL

10				
11				
12				

	Nombre del acompañante	CI del acompañante	Firma del acompañante (igual a CI)	CI de la persona a la que se le hará el descuento
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____





Banco de Previsión Social

PRESTACIONES SOCIALES
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR SOCIAL Y DIGITAL

20

Firma del representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

Firma del 2.º representante: _____

Aclaración: _____

CI: _____

18 de julio 1720 1.º piso **Teléfonos:** 2400 9196 al 99 internos 1720, 1743 y 1749

Correo electrónico: turismosocial@bps.gub.uy





COMPLETAR LAS AUTORIZACIONES PARA LLEVAR ACOMPAÑANTE

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR ACOMPAÑANTE

El/la Sr. /Sra. _____ CI _____ autoriza a que se descuenta de sus haberes la estadía del/la Sr. /Sra. _____ CI _____ correspondiente al viaje a realizarse desde el ____/____/____ al ____/____/____ al hotel _____

Firma del autorizante:

Nombre de la institución:

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR ACOMPAÑANTE

El/la Sr. /Sra. _____ CI _____ autoriza a que se descuenta de sus haberes la estadía del/la Sr. /Sra. _____ CI _____ correspondiente al viaje a realizarse desde el ____/____/____ al ____/____/____ al hotel _____

Firma del autorizante:

Nombre de la institución:

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR ACOMPAÑANTE

El/la Sr. /Sra. _____ CI _____ autoriza a que se descuente de sus haberes
la estadía del/la Sr. /Sra. _____ CI _____ correspondiente
al viaje a realizarse desde el ____/____/____ al ____/____/____ al hotel _____

Firma del autorizante:

Nombre de la institución:

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR ACOMPAÑANTE

El/la Sr. /Sra. _____ CI _____ autoriza a que se descuente de sus haberes
la estadía del/la Sr. /Sra. _____ CI _____ correspondiente
al viaje a realizarse desde el ____/____/____ al ____/____/____ al hotel _____

Firma del autorizante:

Nombre de la institución: