



**ASOCIACION DEL PERSONAL
SUPERIOR DE MERCEDEZ BENZ
ARGENTINA**
Personería Gremial N° 1193

Referencia: Subsidio de Ayuda Reintegrable para socios sindicales activos.

Señores Asociados:

En nota adjunto informamos las condiciones generales para el otorgamiento de la ayuda reintegrable. Recordamos que el mismo se otorga en base al ingreso, antigüedad y retenciones mensuales de haberes por otros créditos.

Planes de Reintegros	
Plazo de devolución	Valor del reintegro mensual por cada \$ 1.000.-
6	\$ 177.92
12	\$ 94.58
18	\$ 66.81
24	\$ 52.92
30	\$ 44.58
36	\$ 39.03

Consideraciones

Para su obtención se deberá completar la solicitud correspondiente.

La misma deberá estar acompañada de una copia del último recibo de sueldo.

El monto solicitado, una vez aprobado, se pondrá a disposición a la brevedad posible.

Dado que el cupo es limitado, el otorgamiento se hará de acuerdo al orden de recepción de las solicitudes.

En caso de producirse la desvinculación laboral con la Empresa Mercedes Benz Argentina, el afiliado deberá contactarse con la entidad, para acordar la cancelación total del subsidio.

Refinanciación.

Las condiciones de refinanciación seguirán igual que hasta la fecha

COMISION DIRECTIVA

SEDE CENTRAL Oliden 46 entre Av Rivadavia y
Carballido (C1408AAW) Cap. Fed. Tel. 11 5365-8444
E-mail: asociacion@apsmba.com.ar



**ASOCIACION DEL PERSONAL
SUPERIOR DE MERCEDEZ BENZ
ARGENTINA
Personería Gremial N° 1193**

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE AYUDA REINTEGRABLE

Lugar y Fecha: de de 20.....
Solicito un subsidio de \$(Pesos..)
Reintegrables encuotas de \$

SOLICITANTE

Apellido y Nombre.....
Documento de Identidad Nro..... Tipo:
Domicilio: Calle.....Nro..... Piso..... Dto.
Localidad..... Cod. Postal. Tel.....
Lugar de Trabajo..... Nro. Interno:
Fecha de afiliación:/...../..... Legajo:

Declaro que los datos consignados en la presente solicitud y demás informaciones suministradas son correctos y ciertos. En caso que se produjera alguna variación de los mismos daré conocimiento a la Asociación dentro de los 10 días subsiguientes y manifiesto conocer y estar de acuerdo con los términos del Comunicado Sindical N°06/19.

.....
Firma del Solicitante

Para uso de APS

Refinancia: SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

Monto a Percibir: \$..... Fecha de Acreditación:/...../.....

.....
Tesorero

.....
Presidente

SEDE CENTRAL Oliden 46 entre Av Rivadavia y
Carballido (C1408AAW) Cap. Fed. Tel. 11 5365-8444
E-mail: asociacion@apsmba.com.ar