



PRO SALUD DE LOS TRABAJADORES, CORP.

CERTIFICACION

Fecha: _____

Yo, _____ (Nombre completo en letra de molde),
certifico que soy retirado de:

Corporación Pública, Gobierno Central, Otro: _____ y pertencí
a la siguiente Organización o Sindicato: _____.

Certifico además que es mi interés ser representado por Pro-Salud de los Trabajadores, como
Jubilado o Medicare Advantage.

De necesitar información adicional, pueden comunicarse a: Tel: _____,
correo electrónico: _____, dirección postal: _____
_____.

Atentamente,

Firma

prosaluddelostrabajadores@yahoo.com

Calle Mayagüez Núm. 49 Edificio UIA

San Juan PR 00917

Pero Irene Maymí 787-619-8835 y/o María Ruiz 787-908-9968