

# TARJETA DEL BENEFICIARIO

## SOUTH BAY HOTEL EMPLOYEES, RESTAURANT EMPLOYEES WELFARE FUND

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

F22

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del 2° Nombre

Domicilio del Miembro \_\_\_\_\_  
Calle y No. Ciudad Estado Código Postal

NOMBRE Nombre \_\_\_\_\_  
DEL Apellido Nombre Inicial del 2° Nombre  
BENEFICIARIO Relación al Miembro \_\_\_\_\_

Domicilio del Beneficiario \_\_\_\_\_  
Calle y No. Ciudad Estado Código Postal

Firma del Miembro

Fecha

Devuélvala a: Local 19, 2302 Zanker Rd 2<sup>nd</sup> Floor, San Jose, CA 95131