

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 2nd Floor, San Jose, CA 95131