

Mat. 474/01 - Res. N° 907/01 Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) Mendoza - Argentina

Lugar: _____ Fecha: _____

Solicito ser admitido como socio Activo/Adherente de la ASOCIACION MUTUAL FRONTERAS ARGENTINAS y me comprometo y doy fe. A continuación declaro mis datos personales y demás información pertinente, como lo establece el Estatuto Social.

DATOS PERSONALES

No llene los espacios grisados.

N° Socio: _____ Apellido Nombre: _____

Fecha Alta: ____ / ____ / ____ Inscripto por: _____

Categoría de socio

 Activo Adherente *

-
- Of. G.N.
-
-
- Civil
-
-
- Pens./G.N.
-
-
- Otras Fuerzas
-
- (especificar) _____

En el caso de ser adherente marque con una cruz la categoría a la que pertenece.

Código Estadístico: _____ CUIL _____

Tipo Documento: _____ Numero _____

N° cta. Bancaria: _____

N° de Tarjeta de Cobranza: _____

Situación de Revista

 En Actividad Retirado

Grado: _____

Fecha alta en la Fuerza: ____ / ____ / ____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar: _____

Provincia: _____

Estado Civil: _____

Beneficiario

Cónyuge

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Documento: _____

Otros

DOMICILIOS

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ Cod. Postal _____

Teléfonos: _____ E mail: _____

Domicilio Laboral: _____

Unidad: _____ Calle: _____ Numero: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ Cod. Postal _____

Teléfonos: _____

Quien suscribe se compromete a abonar la cuota social mensual y permanente del 01 al 15 de cada mes, vencido el plazo y no habiendo abonado la cuota incurrirá en mora automáticamente, aplicándose un interés del 2% mensual y punitorio del 3% mensual. Aceptando perder mi calidad de asociado y todo derecho a reclamo alguno en razón de las cuotas abonadas, en el caso de encontrarse adeudadas tres (3) cuotas consecutivas o alternadas.

Es obligatorio denunciar dentro de las 48hs. Cualquier cambio de domicilio (particular y/o laboral) y cambio de número de cuenta bancaria. Siendo validas las notificaciones que se realicen en el domicilio declarado.

Firma del Titular

Aclaración

DNI / LC / LE