

NO COMPLETAR

N° de Socio: _____

Plan: _____

Fecha de alta: ___/___/___

COMPLETAR PARA PARTICIPAR DEL SORTEO ANIVERSARIO 2019 (UN DÚPLEX)

INSCRIPTO POR:

Apellido: _____

N° de asociado: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Solicito ser admitido como socio Activo/Adherente de la ASOCIACIÓN 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 del solicitante

Apellido: _____ C.U.I.L.: _____

Nombre: _____ Banco: _____

Tipo y N°. de Documento: _____ N° cta. Bancaria: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Localidad: _____ Nombre (Cónyugue): _____

Provincia: _____ Apellido (Cónyugue): _____

Código Estadístico: _____ DNI (Cónyugue): _____

Domicilios del solicitante**Domicilio Particular**

Calle: _____ N°: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ C. P.: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Domicilio Laboral

Unidad: _____

Calle: _____ N°: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ C. P.: _____

Telefono: _____

Situación de revista del solicitanteEn actividad Retirado Grado: _____**Categoría de Socio** Activo / Adherente:Of. GN. Civil Pens./G.N.A.

Otras Fuerzas (especificar): _____

El que suscribe se compromete a abonar la cuota social en forma mensual y permanente del 01 al 15 de cada mes, vencido el plazo y no habiendo abonado la cuota correspondiente, incurrirá automáticamente en mora, aplicándosele un interés del 2% mensual y punitivos del 3% mensual. El importe descontado deberá ser acreditado en la cuenta de la ASOCIACION MUTUAL FRONTERAS ARGENTINAS, sito en calle San Luís 486 Ciudad de Mendoza (CP 5500) Aceptando perder mi calidad de asociado de la mutual y todo derecho a reclamo alguno que se pudiera corresponder en razón de las cuotas abonadas, en caso de encontrarse adeudadas tres (3) cuotas consecutivas o alternadas. **Recuerde: En caso de que efectuó cambio en su número de cuenta bancaria, deberá informar a esta instancia AMFA, su número de cuenta bancaria nuevo.**

Firma del Titular

Aclaración

DNI/LC/LE