

Mat. 474/01 - Res. Nº 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.

Nº 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: \_\_\_\_\_

Nº cta. Bancaria: \_\_\_\_\_

Nº 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: \_\_\_\_\_

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 Luis 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 efectúe cambio en su número de cuenta, deberá informar a esta instancia A.M.F.A., su número de cuenta nueva.**

Firma del Titular

Aclaración

DNI / LC / LE