

NOMBRE Y APELLIDO

TIPO Y NO. DE DOCUMENTO

--	--	--

DOMICILIO

PISO

DPTO.

C. POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

--	--	--	--	--	--

TELÉFONO

E-MAIL

--	--	--

OPCIONES DE CUOTA

Docente		No Docente		Graduado				Estudiante			
				<small>Monto anual</small>						<small>Monto anual</small>	
\$100	\$150	\$200	\$80	\$120	\$150	\$600	\$50	\$75	\$100	\$500	

OPCIONES DE PAGO

Déb. en Cta.Cte / Caja de Ahorro	Descuento por planilla	Efectivo
----------------------------------	------------------------	----------

..... / /
Fecha

.....
Firma del Asociado

.....
Aclaración