

FORM. N°1

SECRETARIA



CIRCULO DE SUBOFICIALES DE LA PREFECTURA NAVAL ARGENTINA -PROTECCION RECIPROCA- MATRICULA CF 316 INAES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> INGRESO | <input type="checkbox"/> ACTIVO |
| <input type="checkbox"/> REINGRESO | <input type="checkbox"/> ADHERENTE |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACION DE DATOS
(Marque con X lo que corresponda) | <input type="checkbox"/> ADHERENTE DIFERENCIADO |
| | <input type="checkbox"/> PARTICIPANTE |

Lugar y fecha:

SR. PRESIDENTE DEL CIRCULO DE SUBOFICIALES DE LA P.N.A.:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. solicitando se me admita como asociado ACTIVO/ ADHERENTE/ PARTICIPANTE en el CIRCULO DE SUBOFICIALES DE LA PREFECTURA NAVAL ARGENTINA- Protección Recíproca- y en conformidad a lo prescripto en el Estatuto Social, Reglamentaciones y disposiciones vigentes que declaro conocer y aceptar en todas sus cláusulas.

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE/S:.....
M.R. DESTINO..... JERARQUIA..... SEXO.....
DNI/LC/LE/CI CUIL/CUIT/CDI.....
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO..... NACIONALIDAD.....
PROFESIÓN/OFICIO:..... INGRESOS MENSUALES.....
ESTADO CIVIL..... DOMICILIO.....
.LOCALIDAD..... PROVINCIA..... CP.....
T.E. CEL..... TE FLIAR
E-MAIL.....
HA SIDO ASOCIADO ANTERIORMENTE: SI/NO FECHA DE INGRESO:..... FECHA DE EGRESO.....
CBU NRO.....

Autorizo a descontar de mis haberes el importe de la CUOTA SOCIAL/DIFERENCIADA vigente en forma mensual y consecutiva. Acepto de total conformidad la resolución dispuesta por el Órgano Directivo de no desvincularme como asociado de la Entidad por el término de 12 meses.

Los Asociados ADHERENTES que no perciban haberes por la PNA podrán abonar las cuotas por ventanilla o depositar en la cuenta de la Entidad según las cláusulas previstas.

FOTO DEL TITULAR	REGISTRO DE FIRMA

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

(Exclusivo esposa o concubina, hijos menores de 21 años solteros)

APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO: **ESPOSA/CONCUBINA***
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR SECUNDARIO

(PADRE Y MADRE)

APELLIDO Y NOMBRE.....PARENTESCO: PADRE/MADRE*
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE.....PARENTESCO: PADRE/MADRE*
DNI. FECHA DE NAC.

ADHERENTES DIFERENCIADOS

APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.
APELLIDO Y NOMBRE/S.....PARENTESCO:
DNI. FECHA DE NAC.

Declaro bajo juramento que los datos consignados son fehacientes. Asimismo me comprometo comunicar todo cambio que se produzca en mi grupo familiar, dentro del plazo de los 30 días.

ADJUNTAR COPIA DE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Último Recibo de Haberes | <input type="checkbox"/> Comprobante CBU/Resumen de Cuentas |
| <input type="checkbox"/> DNI/CIC Titular y Grupo Familiar | <input type="checkbox"/> Constancia de Domicilio (con un servicio o certificación del destino en el cual presta servicio) |

Firma / Aclaración

Certifico como (1) _____ que los datos consignados ante mi son fehacientes. Completar: Administrador General/Secretario / Representante

Firma