

SOLICITO SER ACEPTADO/A COMO SOCIO/A DE LA INSTITUCIÓN DECLARANDO CONOCER LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS EN LOS CUALES SE RIGE.

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DNI: _____

N° DE MATRÍCULA: _____

FECHA DE ALTA: / /

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: / /

NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

CELULAR: () _____

EMAIL: _____

DOMICILIO COMERCIAL:

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELEFONO FIJO: () _____ CELULAR: () _____

EMAIL: _____

ASEGURADORAS CON LAS QUE OPERA: _____

ESTATUTO Y REGLAMENTO INTERNO DISPONIBLES EN NUESTRA PAGINA WEB:

<http://www.apass.org.ar>

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACTA N°:

VISADO POR SECRETARIA:

VISADO POR TESORERIA:

VISADO POR PRESIDENCIA:

Estimado/a Productor/a Asesor/a de Seguros:

El Consejo Directivo de APASS agradece vuestro pedido como Socio/a de la Institución, vuestra Solicitud será tratada en la próxima reunión del Consejo y luego del visado correspondiente la administración le enviara un e-mail al correo que nos informó. A partir de ese momento tendrá la obligatoriedad de pagar sus cuotas societarias.

Muchas Gracias.

Firma y Sello

Alsina 125 - ☎ Tel (387) 4228537 - 📱 Cel.: (387) 155159382 - 4.400 Salta -



info@apass.org.ar



Apas Salta -



Apasalta -



www.apass.org.ar