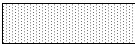


ATENEIO INMACULADA

SOCIO N°



Cruz Roja Argentina 1551
Tel. / fax.: 459-8566 . SANTA FE
ateneoinmaculada@arnet.com.ar



Foto

FECHA:

Cuota Mensual \$

CATEGORIA:

Apellido _____

Nombres _____

Domicilio _____

COBRAR EN: _____

Teléfono _____

Fecha da Nacimiento _____

Nacionalidad _____

Estado Civil _____

Profesión _____

Ocupación _____

DNI/LC/LE N° _____

Es Ex-Alumno Inmac. _____

E-mail _____

Fue Socio ?N°

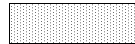
IMPORTANTE: Para solicitar la renuncia debera hacerlo por nota antes del 26 de cada mes,
de lo contrario se liquidará el mes siguiente.
Deben traer certificado médico y buco dental estampillados (particular)



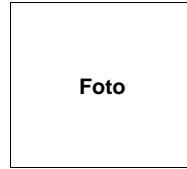
Firma Solicitante

ATENEIO INMACULADA

SOCIO N°



Cruz Roja Argentina 1551
Tel. / fax.: 459-8566 . SANTA FE
ateneoinmaculada@arnet.com.ar



Foto

FECHA:

Cuota Mensual \$

CATEGORIA:

Apellido _____

Nombres _____

Domicilio _____

COBRAR EN: _____

Teléfono _____

Fecha da Nacimiento _____

Nacionalidad _____

Estado Civil _____

Profesión _____

Ocupación _____

DNI/LC/LE N° _____

Es Ex-Alumno Inmac. _____

E-mail _____

Fue Socio ?N°

IMPORTANTE: Para solicitar la renuncia debera hacerlo por nota antes del 26 de cada mes,
de lo contrario se liquidará el mes siguiente.
Deben traer certificado médico y buco dental estampillados (particular)



Firma Solicitante