



EMPADRONAMIENTO DE SOCIOS
URÚ-CURÉ RUGBY CLUB
urucurerugbyclub@intercity.net.ar

Nº

Datos personales del Socio:

APELLIDO.....NOMBRES.....

CATEGORIA

Titular Grupo Familiar Activo Cadete

Documento Nº: Fecha de Nacimiento.....
Ocupación.....Estado Civil

Domicilio Particular.....
Cod. Postal.....Localidad.....

Tel. P/ urgencias: Te. Laboral: Cel.:

e-mail..... Mutual.....

Domicilio de Cobranza.....

A continuación, si usted pertenece a un grupo familiar por favor agregue los siguientes datos de cada uno de los Miembros: Nombre, D.N.I. y Fecha de Nacimiento

- 1-.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

FIRMA.....ACLARACION.....



En caso de querer pagar con débito:

TITULAR:

BANCO:

CBU:

CUIT / CUIL:

DOY MI AUTORIZACIÓN PARA ADHERIRME AL SERVICIO DE PAGO DIRECTO PARA LA CANCELACIÓN DE MIS OBLIGACIONES DE PAGO DE CUOTAS MENSUALES DE URU CURE RUGBY CLUB.

FIRMA Y ACLARACIÓN

Quedo notificado que los importes pactados se debitarán de la cuenta informada el día 10 de cada mes, o día hábil siguiente, comprometiéndome a que haya fondos a los fines de poder hacerse efectivo el débito. La presente autorización tendrá validez desde su recepción por Uru Cure Rugby Cluby hasta que medie comunicación fehaciente de revocación de mi parte.

Para aquellos casos de Socios Individuales menores de 18 años:

APELLIDO Y NOMBRE DE MADRE / PADRE / TUTOR: _____

DNI: _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____

La comisión directiva ACEPTA / RECHAZA la presidente solicitud.

PRESIDENTE ACEPTA / RECHAZA

FIRMA DEL SOLICITANTE O MAYOR RESPONSABLE

<p>NOTA: POR EL NO PAGO DE LA CUOTA SE DARÁ DE BAJA AL SOCIO. LA COMISIÓN SE RESERVA EL DERECHO DE COBRAR UN MONTO DE RE-INSCRIPCIÓN A DEFINIR OPORTUNAMENTE.</p>
--