

***SOCIEDAD ARGENTINA DE PRESBICIA***

***Solicitud de Inscripción***

|  |
| --- |
| ***Apellido:*** |
| ***Nombre:*** |
| ***Dirección:*** |
| ***Teléfono*** |
| ***Documento:*** |
| ***E-mail:*** |
| ***Título:*** |
| ***Universidad que lo otorgó:*** |
| ***Fecha en que fue otorgado:*** |
| ***Otros Títulos:*** |
| ***CUIT:*** |
| ***Observaciones Firma*** |

***Sres. Socios.***

***La Sociedad Argentina de Presbicia es una Asociación Civil sin fines de lucro se constituyó para el desarrollo y la investigación de la Presbicia.***

***Para poder desarrollar este objetivo, contamos con la colaboración de los asociados para el mantenimiento de la misma .El monto de la cuota mensual es de $700***

***C.C:N°178- 2854/3 CBU:0170178020000000285438 Banco Francés***

***CUIT:30-71221467-4***

***Tarjetas de crédito***

***Visa:***

***Mastercard:***

***Junín 1655 Piso 4to A (C1128ACA)Bs. Argentina Email:secretariapresbicia@gmail.comTe(54)11-1550129963***