

Solicitud de afiliación a la Asociación de Comerciantes, Empresarios y Profesionales de Puerto Banus.

ACOBANUS

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

AFILIADO

Nº.....

Nombre y Apellidos del titular:.....NIF:.....

Nombre de la empresa:CIF:.....

Actividad:

.....Nº MEDIO DE EMPLEADOS.....

Dirección:.....

Código Postal:..... Localidad:

Contactos:..... Trabajo:..... Móvil:..... Fax:.....

Correo electrónico:

Otros:.....

Autorizo por medio del presente el uso de correo electrónico para el envío de documentación de esta Asociación:

Indique si pertenece a alguna Organización Empresarial: SÍ NO

En caso de que pertenezca a alguna asociación, indique su nombre:
.....

SOLICITA:

Su afiliación a la Asociación ACOBANUS en calidad de miembro de la misma, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de dicha Asociación.

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA PRESIDENTE O VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACION Y ADMISION DEL NUEVO AFILIADO.