



Solicitud de Inscripción

Los campos marcados con (*) son de carácter obligatorio. Enviar solicitud a info@aada.org.ar

Apellido(*):

Nombre(*):

Sexo(*):

Tipo y N° de documento(*):

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Profesor de Grado

Categoría / Cátedra:

Profesor de Postgrado

Categoría / Cátedra:

Título Universitario

Título:

Universidad:

Fecha de Expedición:

Domicilio Particular

Calle(*):

Localidad(*):

CP(*):

Provincia(*):

Teléfono(*):

Domicilio Laboral

Calle(*):

Localidad(*):

CP(*):

Provincia(*):

Teléfono(*):

Email(*):

Lugar y fecha

Firma

Aceptación por parte de la A.A.D.A

Lugar y fecha

Firma



..... de..... de

Señores

BANCO MACRO

Presente

El que suscribe
en mi carácter de titular de la Cuenta Bancaria CBU N°
perteneciente al Banco, Sucursal

autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales me sea debitadas en forma directa y automática de la cuenta referida.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de CBU.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por el Establecimiento, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Saludo a Uds. Atentamente.

.....

Aclaración:

Tipo y N° de documento:

