



# Formulario registro de socios

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Marcar una opción:

- FFAA \_\_\_\_\_
- FFSS \_\_\_\_\_
- Pensionado/a \_\_\_\_\_
- Civil \_\_\_\_\_

FFAA O FFSS a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Situación de revista:  En actividad \_\_\_\_\_

Retirado \_\_\_\_\_

Arma/Especialidad: \_\_\_\_\_