



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: _____