

**Formulario de afiliación**

Nombre de la cooperativa: _____

Descripción del nombre: _____

Cantidad de socios: _____ Situación de la cooperativa - Trámite: Habitada: Obra:

Fecha de fundación: ___/___/___

Origen de la cooperativa: Sindical Barrial Otro: _____

Detalle: _____

Datos de contacto

Dirección para entrega de correspondencia: _____

Departamento: _____ Localidad: _____

E-mail institucional: _____ Teléfono de línea: _____

Celular: _____

Autoridades de la cooperativa

Presidente/a	Secretario/a	Tesorero/a
Nombre y Apellido: _____ _____	Nombre y Apellido: _____ _____	Nombre y Apellido: _____ _____
Teléfono de línea: _____	Teléfono de línea: _____	Teléfono de línea: _____
Celular: _____	Celular: _____	Celular: _____
E-mail: _____	E-mail: _____	E-mail: _____



Otros contactos

Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Cargo: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Cargo: _____

Instituto de asistencia técnica (I.A.T.)

Nombre: _____

Contacto: _____ Teléfono: _____

Uso interno de FUCVAM

Fecha de aprobación de la afiliación: ____/____/____

Fecha de ingreso al sistema: ____/____/____

Código Cuota: _____

Código Cuota Pañol: _____

Código Convenio: _____