



## Formulario de Asociación

**Nombre completo del Asociado:**

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Localidad:

CP.:

Profesión:

Teléfono:

Celular:

Correo Electrónico:

Lugar de trabajo:

Cargo:

### **Para asociar una Institución**

CUIT:

Nombre del representante:

Cargo

**Forma de pago: Sede OEPI/Av. Alvear N° 15**

**Total: Cuota Anual/ Semestral**

**Firma: ..... Fecha:.....**