
# SOLICITUD DE INGRESO - SOCIO ACTIVO

Denominación o razón social:…………………………………………………………………..

Tipo de Sociedad:……………………………………………CUIT………………………………

Personal ocupado: Administrativo…………………….Operarios……………………………

Tareas específicas de la rama que efectúa:

Corrugador

Terminador /Convertidor

Integrado

Microcorrugador

Otros /Especifique cual……………………………………………………………….

Domicilio del establecimiento:………………………………………………………………..

Tel.:............................Fax:.........................e-mail:................................................................

Domicilio administración:……………………………………………………………………….

Te.:............................Fax:..........................e-mail:.................................................................

Dirección internet:...............................................................................................................

Responsable del pago a Proveedores………………………………………………………

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA ACTUAR ANTE ESTA INSTITUCIÓN:**

 Nombre Cargo Domicilio Tel.

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDICIONES:**

1. Es obligación de los socios el pago de las cuotas sociales hasta que sea aceptada su renuncia o dado de baja de la Institución. Las cuotas sociales podrán ser reclamadas por la CÁMARA por la vía judicial correspondiente.
2. PRÓRROGA DE COMPETENCIA: Para todos los reclamos que sean necesarios realizar tanto a los asociados a la CÁMARA como viceversa, el asociado que suscribe y la CÁMARA acuerdan la competencia de los Tribunales Civiles de la Capital Federal.
3. Para poder considerar y aceptar la renuncia de un asociado, éste deberá encontrarse al día en el pago de las cuotas sociales.

*Por la presente, solicitamos ser admitidos por esa CÁMARA en calidad de socio activo, prestando desde ya conformidad con el contenido de este formulario y las disposiciones estatutarias.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Aclaración Cargo

Av. Pte. Roque Sáenz Peña 846, 7º piso “A” (C1035AAQ) CABA

## Teléfono:(+54 11) 5032-2060 / 61 / 62 - Mail: administracion@cafcco.com.ar