



ASOCIACION DE CABALLISTAS DE MANZANARES
"ASOCAMAN"

FORMATO DE INSCRIPCION ASOCIADOS

NUMERO DE
ASOCIADO. _____

INFORMACION PERSONAL

Nombres:					Apellidos:		
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	No. Identificación:			
				Estado civil:			
Profesión / Ocupación:							
Actividades preferidas /Deportes:							
Celular				Teléfono Alternativo.			
Dirección Residencia:					Ciudad:		
Correo Electrónico:							

INFORMACION FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Profesión / ocupación

Nombre de la Finca/Criadero:	
Ubicación (Vereda-Ciudad):	

Ejemplar (no obligatorio)

Nombre	Edad	Modalidad

Nota: Con la firma de este documento, manifiesto conocer y aceptar las obligaciones y derechos que como miembro de ASOCAMAN deben seguirse, así mismo, me comprometo a contribuir con las cuotas de sostenimiento que se han fijado en Asamblea General, las cuales serán destinadas al funcionamiento de la asociación y el cumplimiento de su objeto social

Fecha			Firma Asociado	Firma Representante Junta Directiva
DD	MM	AAAA		

"ASOCAMAN EL ALMA CABALLISTA PARA TODOS LOS MANZANAREÑOS."