

FORMULARIO DE AFILIACIÓN EMPRESARIAL

Información de contacto

Nombre comercial: _____

Razón social: _____

Domicilio comercial: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Página web: _____

Persona de referencia: _____ Cargo: _____

Mail del referente: _____ Celular: _____

Sobre la empresa

Rubro/producto/servicio que comercializa: _____

Fecha de fundación: _____

Presidente/Director/Gerente: _____ Cargo: _____

Datos de contacto: _____

Redes sociales: _____

Convenio

Facilidades comerciales: _____

Descuento profesional: _____

Indicar la categoría de afiliación:

EMPRESA COLABORADORA

EMPRESA AUSPICIANTE

EMPRESA PATROCINADORA

Especificar modalidad de pago:

* Membresía mínima por 6 meses donde se podrá abonar mes a mes o la totalidad de la misma en un solo pago.

* Una vez pasados los 6 meses, la membresía se renovará automáticamente a no ser que sea dada de baja por el interesado.

PAGO MENSUAL

TRANSFERENCIA BANCARIA

PAGO SEMESTRAL

TARJETA DE CRÉDITO

PAGO ANUAL

Responsable de la empresa

**Int. Leslie Novick
Presidenta de Addip**

Fecha: _____

N° de socio: _____