



Republica Argentina

CENTRO DE DESPACHANTES DE ADUANA de la REP. ARGENTINA  
Defensa 302 - Tel: (5411) 4331-2338 rotativas

[www.cda.org.ar](http://www.cda.org.ar)

1 FOTO

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_-

Señor Presidente;

Solicito quiera inscribirme como Socio \_\_\_\_\_ del Centro Despatchantes de Aduana de acuerdo con el ESTATUTO SOCIAL, que declaro conocer, dejando constancia al suscribir la presente solicitud que asumo el compromiso de efectuar puntualmente los pagos de cuota social, con asimismo, el compromiso de comunicar de inmediato a la Institución, los cambios de domicilio que registre.-

- Por favor, **NO** completar los campos marcados con (\*)

(\*) Presentado por el SOCIONº: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Completar con los datos del interesado en asociarse:

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

Tipo de Socio (\*): \_\_\_\_\_ N° de Socio (\*): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de Doc.:

DNI  
PASAPORTE  
CEDULA DE IDENTIDAD

  
  

N° de Documento: \_\_\_\_\_

Estado Civil

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

## Estudios

Títulos Profesionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estudios Realizados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Domicilio COMERCIAL

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Domicilio PARTICULAR

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Métodos de contacto con el asociado

E-mail para envío de boletines: \_\_\_\_\_

E-mail para fines administrativos (envío de cuotas, notificaciones, etc.): \_\_\_\_\_

E-mail personal: \_\_\_\_\_

Página Web: \_\_\_\_\_

### Teléfonos

Tel. Particular: \_\_\_\_\_

Tel. Laboral: \_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Más información (Opcional)

#### Forma de Pago

- Efectivo  Cheque
- Tarjeta de Crédito/Débito  Débito Automático

Lugar de Pago: \_\_\_\_\_

Medicina Prepaga / Obra Social: \_\_\_\_\_

Empleados Directos (En relación de Dependencia): \_\_\_\_\_

Empleados indirectos (Sin relación de Dependencia): \_\_\_\_\_



Republica Argentina

## INFORMACIÓN FORMAL

Aduana de Registro: \_\_\_\_\_ N° CUIT: \_\_\_\_\_

Fecha de Alta (\*): \_\_\_\_\_ Acta N° (\*): \_\_\_\_\_

### Garantía Seleccionada (\*):

- Fondo Común Solidario (FCS)
- Seguro de Caucción

Domicilio registrado en Aduana: \_\_\_\_\_

Sobre con voluntad subsidiaria (\*): \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la cuenta a debitar: \_\_\_\_\_

DNI (del Titular de la cuenta a debitar): \_\_\_\_\_

Clave Bancaria Uniforme Completa (CBU): \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_

Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

-----