



Nota de aceptación del convenio FEDIBA - Hospital Italiano de Buenos Aires Sociedad Friulana Buenos Aires

Para completar por FEDIBA

N° de orden

vencimiento orden

Complete este formulario online y envíelo haciendo clic sobre el botón "ENVIAR"

N° socio Sociedad Friulana

Apellido (Cognome):

Nombre (Nome):

Fecha de Nacimiento (Data di Nascita):

Lugar de Nacimiento (Luogo di Nascita):

(indicar localidad, partido, provincia y país / indicare comune, provincia o città metropolitana, regione e paese)

Estado Civil (StatoCivile):

Dirección (Indirizzo):

Código Postal (C.A.P.):

Tel:

Cel - (Cell):

eMail:

D.N.I (Carta di Identità):

Pasaporte (Passaporto):

Para completar a mano en el momento de retirar la credencial en la sede de FEDIBA

El suscrito acepta los términos y condiciones del
Convenio firmado entre FEDIBA y el Hospital Italiano
de Buenos Aires.

(Il sottoscritto accetta i termini e condizioni del
convenio firmato tra FEDIBA e L'Ospedale Italiano di
Buenos Aires).

Firma

aclaración (chiarimento della firma):

fecha (data):