



**Asociación Civil de Agentes
y Anexos de Lotería de la
Provincia de Buenos Aires**

Fecha:..... / /

Legajo/Socio:

DATOS PARTICULARES DEL TITULAR DEL LEGAJO O APODERADO

Apellido/s: Nombre/s:

Razón Social: (si corresponde)

D.N.I.: F. Nac.: / /

C.U.I.T.: - - Tel. Celular(*): (0.....) - 15 - -

Tel. Particular: (0.....) - -

Mail particular (*):@.....

DATOS COMERCIALES DE LA AGENCIA

Nombre Fantasía de la Agencia:

Calle: Nro.: Cod. Postal:

Ciudad/Localidad: Partido:

Tel. Comercial (*): (0.....) - - Tel. Celular: (0.....) - 15 - -

Mail Comercial (*):@.....

(*) El que suscribe acepta recibir eventualmente noticias inherentes a nuestra actividad afín tanto de manera comunicacional como informativa.

Solicita asesoramiento para cobertura de obra social: (SI / NO)

Composición del grupo familiar:

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NAC.	PARENTESCO

.....

.....

Firma

Aclaración