

Deseo afiliarme como: **Afiliado**

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA _____

PROFESIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

EMAIL: _____

Manifiesto:

- Que conozco y comparto los fines y programa del partido político PINTO AVANZA, por lo que solicito ser admitido como afiliado.
- Que conozco y acepto expresamente las obligaciones que comporta el ser afiliado del mismo.

Fecha solicitud: _____

Firma solicitante afiliación:

Sello de la organización: