



SOLICITUD DE ASOCIACION A CABASE

Ciudad POSADAS, 16 de AGOSTO de 2017
Sr. Presidente de la Cámara Argentina de Internet
De nuestra mayor consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ud. a fin de solicitarle la inscripción como socios de la institución que preside, habiendo tomado conocimiento de los Estatutos y dando conformidad de los mismos. Notificaremos cualquier cambio a futuro respecto a los datos consignados en el presente formulario a la Coordinación Institucional (info@cabase.org.ar). Asimismo, los datos aquí informados están bajo el alcance de la ley 25.326 de protección de datos personales.

CATEGORÍA DE SOCIO (marcar sólo una opción)

Socio Activo Pleno Nacional Extranjero

Socio Activo Institucional Nacional Extranjero

(sólo para Universidades, Municipalidades y organismos gubernamentales. Requieren un pago anualizado)

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL: COOPERATIVA DE PROVISION DE SERVICIOS DE COMUNICACIONES TERACOOP LIMITADA

Nombre de Fantasía: **TERACOOP**

Domicilio Legal: **AV. TOMAS GUIDO 4435 PISO 1 CP: 3300**

Localidad: POSADAS, Provincia: MISIONES, País: ARGENTINA

Teléfono: 03764619600; www.teracoop.com.ar - Email: administracion@teracoop.com.ar ; dfernandez@teracoop.com.ar

RESPONSABLES ANTE CABASE (obligatorios todos los datos)

TITULAR: NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO ALEJANDRO DA FORNO DNI: 25218254 Cargo: SECRETARIO Teléfono Directo: 03764600200 Email: administracion@teracoop.com.ar

ALTERNO: NOMBRE Y APELLIDO: JACOBO RICARDO DE DIOS FLEITAS DNI: 17937568 Cargo: PRESIDENTE Teléfono Directo: 03758461077 Email: administracion@teracoop.com.ar

DATOS DE FACTURACIÓN

Completar si difiere del indicado anteriormente

RAZÓN SOCIAL: COOPERATIVA DE PROVISION DE SERVICIOS DE COMUNICACIONES TERACOOP LIMITADA

CUIT (adjuntar comprobante): 30-71611311-2, CONDICIÓN FISCAL: IVA Responsable inscripto

IMP. A LAS GANANCIAS (adjuntar comprobante): ING. BRUTOS (adjuntar comprobante):

DATOS DEL RESPONSABLE QUE RECIBE LA FACTURA

NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO ALEJANDRO DA FORNO

Email para recibir Factura Electrónica: administracion@teracoop.com.ar

Domicilio donde enviar la factura (si difiere del anterior): n°: CP:

Localidad: Provincia: País:

DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGOS

NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO ALEJANDRO DA FORNO Teléfono Directo: 03764600200

Email: administracion@teracoop.com.ar; Horario del responsable de pagos: L a V, de 09 a 12 hs.

FORMA DE PAGO PARA LA CUOTA SOCIAL CABASE

- PAGO ANUAL ADELANTADO (Socio Activo Institucional deben elegir esta opción solamente)
 PAGO BIMESTRAL

MODALIDAD DE PAGO

- TRANSFERENCIA O DEPÓSITO BANCARIO -** **DATOS DE CABASE:**
BANCO: BBVA BANCO FRANCES
SUCURSAL: 329
CUENTA: Cuenta Corriente en Pesos 5189-5
CBU: 017 032 982 000 000 051 895 0
CUIT: 30-65916135-0
- DÉBITO AUTOMÁTICO EN CUENTA (Completar):**
BANCO:
SUCURSAL:
TIPO Y N° DE CUENTA:
CBU:

A EFECTOS DE PODER COMPUTAR EL PAGO REALIZADO

ENVIAR UN MAIL A administracion@cabase.org.ar NOTIFICANDO EL PAGO REALIZADO

DATOS PARA RECIBIR INFORMACION DE LA LISTA DE CORREO DE SOCIOS DE CABASE

NOMBRE Y APELLIDO	MAIL
Administracion TERACOOP	administracion@teracoop.com.ar
Dario Fernandez	dfernandez@teracoop.com.ar

FIRMA DEL REPRESENTANTE TITULAR ANTE CABASE:

DOCUMENTACION QUE ACREDITA AUTORIZACION DEL FIRMANTE (obligatorios)

- Estatuto Social y Acta de Directorio ó Estatuto Social y Copia del Poder
 En caso de ser una entidad unipersonal Copia DNI y Copia Servicio a su nombre

FECHA: 16 de Agosto de 2018

FIRMA:
ACLARACIÓN:
CARGO:

SELLO:

Lic. Alejandro DA FORNO
 SECRETARIO
 TERACOOP

RESERVADO PARA CABASE: ACEPTADO COMO SOCIO

Socio Activo Pleno **Nacional** **Extranjero**
Socio Activo Institucional **Nacional** **Extranjero**
Socio Adherente.....

EN LA REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL DIA:/...../.....

CONTACTO INICIAL :