



**COOPERADORA**  
FCM

**ASOCIACIÓN COOPERADORA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**FCM**

**UNL**

**NOMBRE Y APELLIDO**

**TIPO Y NO. DE DOCUMENTO**

--	--	--

**DOMICILIO**

**PISO**

**DPTO.**

**C. POSTAL**

**LOCALIDAD**

**PROVINCIA**

--	--	--	--	--	--

**TELÉFONO**

**E-MAIL**

--	--	--

**OPCIONES DE CUOTA**

Docente		No Docente		Graduado						Estudiante					
						<small>Monto anual</small>						<small>Monto anual</small>			
\$100	\$150	\$200	\$80	\$120	\$150	\$600	\$50	\$75	\$100	\$500					

**OPCIONES DE PAGO**

Déb. en Cta.Cte / Caja de Ahorro	Descuento por planilla	Efectivo
----------------------------------	------------------------	----------

...../...../.....  
Fecha

.....  
Firma del Asociado

.....  
Aclaración

*\*Entregar formulario en oficina de Cooperadora*