

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A FECAP

D/D^a _____, mayor de edad,
provisto de D.N.I. nº _____, domiciliado en _____,
en la Calle/Pza. _____ nº _____, en su
nombre propio como titular y/o en representación de la empresa _____
_____ con CIF nº _____ con
domicilio en _____, Calle/pza. _____

E X P O N E

Que desea causar ALTA como socio de la FEDERACIÓN EMPRESARIAL COMARCAL DEL ALTO PALANCIA.

Que acepta los Estatutos de FECAP y que son de su conformidad.

Que se compromete al pago de las cuotas y derramas que le correspondan.

Que acepta todas y cada una de las normas de la organización y normas de régimen interno, establecidas por los órganos de gobierno de FECAP.

Por todo lo que

S O L I C I T A

Sea admitida su ALTA como socio de FECAP según las condiciones expuestas anteriormente y con efecto desde la fecha de la presente solicitud. (LA PRESENTE SOLICITUD SE ENTENDERÁ ESTIMADA SI EN EL PLAZO DE 30 DÍAS DESDE LA FECHA NO SE LE COMUNICA SU DENEGACIÓN).

En Segorbe a _____ de _____ de 200

Fdo.:
Cargo:

SR. PRESIDENTE DE F.E.C.A.P.