



Federación Metropolitana de Vóleibol

Solicitud de: AFILIACION

Nombre completo de la Institución:

Domicilio de la sede social:

Localidad: CPA: Tel.:

Domicilio del Gimnasio:

Localidad: CPA: Tel.:

.....
Firma del Secretario

.....
Sello de la Institución

.....
Firma del Presidente

Para uso exclusivo de la FEDERACION:

Fecha: / /

Sigla:

Boleta N°