



**Por el presente solicito ser aceptado como socio de la Asociación de Deportistas Trasplantados de la República Argentina, dejando constancia que acepto y me obligo en todos los términos del estatuto constitutivo de dicha asociación.**

### Datos personales

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Tx:  
Fecha de trasplante:

### Otros datos

Domicilio:

E-mail:

Teléfono celular:

Teléfono particular:

CP:

Provincia:

---

**Firma y aclaración:**

Fecha: