



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

El abajo firmante, solicita darse de alta como Afiliado en el partido político CIUDADANOS RURALES AGRUPADOS (C.R.A.)

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

DOMICILIO:

Correo electrónico:

Teléfono:

Adjuntar copia del D.N.I.

Firma: _____