

MATRÍCULA



## SOLICITUD DE REACTIVACIÓN

Tomo: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Apellido/s:

---

Nombre/s:

---

Nº de documento: \_\_\_\_\_ CUIL/CIUT: \_\_\_\_\_

---

Recuerde que, **sólo** en el caso que el pago se hubiera realizado por **transferencia bancaria**, debe enviarse la constancia de la operación a [tesoreria@cpacf.org.ar](mailto:tesoreria@cpacf.org.ar)

Buenos Aires, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del abogado: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_