**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** |  | | |
| **Persona Responsable** |  | | |
| **Teléfono Celular** |  | **Whatsapp** |  |
| **Mail** |  | **Repetir mail** |  |

**Nombre de la/s Unidad/es de Gestión Inscritas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1:** |  | **Responsable** |  |
| **Teléfono Celular** |  | **Mail** |  |
| **2:** |  | **Responsable** |  |
| **Teléfono celular** |  | **Mail** |  |

**Costo de la inscripción por Unidad de Gestión $ 30.000**

**Transferir a CC**Cta 2827-3 314/3 CUIT 30-68151340-6   
CBU 0070314520000002827339

**Por favor envíe este formulario y el comprobante de transferencia a:** [**info@fundacondonabedian.org.ar**](mailto:info@fundacondonabedian.org.ar)