



ASOCIACION DE CLUBES
LIGA ARGENTINA DE VOLEIBOL

I-05

COMPOSICIÓN COMITÉ
ORGANIZADOR LOCAL



COMPETENCIA:

Nombre de la Institución:

MANAGER DEL EQUIPO

(Esta designación debe coincidir con el form. O-2 ACLAV)

APELLIDO Y NOMBRES:

TEL. CELULAR: *(ej.: 011-15-23456789)*

e-mail:

DIRECTOR DE COMPETENCIA

APELLIDO Y NOMBRES:

TEL. CELULAR: *(ej.: 011-15-23456789)*

e-mail:

COORDINADOR DE ESTADÍSTICAS

APELLIDO Y NOMBRES:

TEL. CELULAR: *(ej.: 011-15-23456789)*

e-mail:

COORDINADOR DE PRENSA

APELLIDO Y NOMBRES:

Fecha de nacimiento: DNI:

TEL. CELULAR: *(ej.: 011-15-23456789)*

e-mail:

COORDINADOR DE SEGURIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:

TEL. CELULAR: *(ej.: 011-15-23456789)*

e-mail:

Cualquier modificación a los datos que figuran en el presente formulario deberán ser informada a ACLAV.

Secretario General



Presidente