El apoyo que necesitas
está en tus manos
sólo tienes que
pedirlo

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Si deseas colaborar, cumplimenta los siguientes apartados y envíalo a la Asociación.

DATOS

Nombre ..... D.N.I. ó C.I.F. .....

Apellidos .....

Domicilio ..... Telf. .....

Localidad ..... C. Postal ..... Provincia .....

¿TIENE ALGÚN FAMILIAR CON LA ENFERMEDAD?

☐ Si ☐ NO

¿CUÁNTO?

☐ CUOTA SOCIO **10** EUROS ANUALES

☐ CUOTA SOCIO ..... EUROS ANUALES

☐ ..... EUROS (como donativo)

¿CÓMO?

- ☐ Domiciliación bancaria
  - Banco o Caja .....
  - Oficina .....
  - Núm. cuenta ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Si desea hacer la colaboración en su domicilio, marque esta casilla.

☐ Si desea hacernos ingresos en CCM, CAM, CajaMurcia o Bancaja, pregúntanos.

Firma,