

SOLICITUD NUEVO/A SOCIO/A

ASOCIACIÓN DAÑO CEREBRAL INVISIBLE

Nombre:.....Apellidos:.....

Dirección.....

C.P.:..... Localidad:.....

País:..... NIF / CIF.:.....

Teléfono:.....

Email:.....

CUOTA DE SOCIO

- 20 € anual (mínimo)
- 30 € anual
- 35 € anual
- Cuota libre _____ mensual, anual (rodea con un círculo)

Cuenta de banco _____

Titular de la cuenta _____

TIPO DE SOCIO:

- Socio afectado con DCA
- Socio Familiar
- Socio colaborador con la asociación ADCI

*En el año 2022 puedes ingresar tu cuota en la cuenta bancaria de CAIXABANK de la ASOCIACIÓN DAÑO CEREBRAL INVISIBLE **ES48 2100 2905 5102 0005 4144***

Me dirijo a la junta directiva de la ASOCIACIÓN DAÑO CEREBRAL INVISIBLE para solicitar nuevo ingreso como socio de esta asociación.

Fdo:

Fecha: